Nr. 11. 17. marca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

Praca niniejsza jest sprawozdaniem z wykonanych przez nas w ciągu kilku lat doświadczeń na 237 zwierzętach nad sposobami otrzymywania surowic precypitacyjnych. Doświadczenia nasze miały, poza sprawdzeniem sposobów dotychczasowych, przedewszystkiem odpowiedzieć na pytanie, wiele razy, w jakiej ilości, w jakich odstępach czasu, w jakim stopniu skupienia należy podać wywoływacz, aby otrzymać jakościowo i ilościowo najlepsze przeciwciała, dalej jaki zachodzi stosunek między ilością podanego wywoływacza a nasileniem samego odczynu precypitacyjnego, wreszcie miały one pozwolić na podstawie uzyskanych wyników wypracować własny sposób.

Jako materjału doświadczalnego zwierzęcego używaliśmy wyłącznie królików, przeważnie z ras pospolitych. Króliki uodparniano zawsze tylko surowicą, z wyjątkiem jednej tylko grupy doświadczeń, w której użyto hemoglobiny, a to celem otrzymania erytroprecypityn.

Surowicę ludzką otrzymywano bądźto z krwi pępowinowej lub z upustów krwi, dokonywanych u ludzi zdrowych, bądź też (rzadziej) brano zlewki surowic, używanych do odczynu Wassermanna. Surowice o ile możności przechowywano jałowo lub dodawano do nich celem konserwowania 0.25 do 0.5% rozczynu fenolu w 0.85% NaCl.

Surowice zwierzęce, a mianowicie bydlęcą, świńską i końską pobierano z krwi zwierząt zabijanych w rzeźni w sposób możliwie jałowy i przechowywano je jałowo lub z dodatkiem fenolu. Do wstrzykiwań używano surowicy unieczynnionej przez trzymanie jej przez kilka dni w ciepłocie pokoju.

Surowice wstrzykiwano w zgęszczeniu i w stanie, w jakim otrzymano je z krwi. Jedynie w razie wykonywania wstrzyknięć małych dawek od 0.1—0.2 cm^3 rozcieńczano surowicę rozczynem fizjologicznym soli kuchennej w stosunku 1 : 10, lub 1 : 5, a to dla otrzymania większej ilości płynu, celem dokładnego wstrzyknięcia. Do wstrzykiwań śródotrzewnowych używano surowicy rozcieńczonej do 50% rozczynem 0.85% NaCl. Jedynie przy powtarzaniu i zmienianiu doświadczeń Fujiwary ścinano surowicę w sposób przez tego autora podany.

Stosowaliśmy tylko wstrzykiwania śródżylne i śródotrzewnowe. W przeważającej ilości przypadków wstrzykiwano śródżylnie, a tylko gdy chodziło o uniknięcie wstrząsu nadwrażliwościowego używano czasem jako środka zapobiegawczego wstrzyknięć śródotrzewnowych. Zwykle jednak (szczególniej w późniejszych doświadczeniach) celem uniknięcia śmiertelnego wstrząsu podawaliśmy śródżylnie w godzinę przed właściwą dawką 0.1—0.2 cm^3 surowicy rozcieńczonej 5—10-krotnie 0.85% NaCl i w ten sposób uniknęliśmy w 100% strat zwierząt z powodu śmiertelnych wstrząsów.

Wstrzykiwań śródżylnych dokonywaliśmy tylko do żył usznych królika, co nie napotyka przy pewnej wprawie na żadne trudności. Powinno się tylko unikać wylewów podskórnych surowicy, a zwłaszcza gdy zwierzęta są już na dane białko uczulone ze względu na łatwo powstające martwice. We wszystkich naszych licznych doświadczeniach nie zauważyliśmy jednak nigdy martwicy nawet w razie przypadkowego wylewu podskórnego. Przy odpowiednich ostrożnościach i nakłuwaniu żył najpierw na obwodzie ucha, a później dopiero zbliżając się ku podstawie ucha, można było wykonać bardzo wiele wstrzyknięć. W doświadczeniach naszych wykonaliśmy niejednokrotnie kilkadziesiąt wstrzykiwań i upustów krwi z naczyń usznych, posiadając mimo to możność dalszego jeszcze wstrzykiwania do żył usznych.

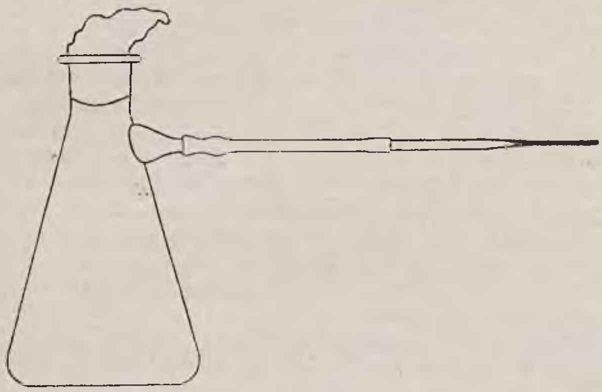
Wstrzykiwań śródotrzewnowych, ze względu na trudniejszą technikę i niebezpieczeństwo wywołania zapalenia otrzewnej, dokonywaliśmy w tych przypadkach, gdzie zależało na powolnem chłonieniu materjału wstrzykniętego celem uniknięcia śmiertelnego wstrząsu nadwrażliwościowego. Ale i wówczas nie można mieć zupełnej pewności, że królik nie padnie wśród objawów wstrząsu przewlekłego, co jednak zdarza się bardzo rzadko. Uhlenhuth poleca wykonanie wstrzykiwań śródotrzewnowych przy pionowem ułożeniu zwierzęcia głową ku dołowi, bo wówczas opuszczają się wnętrzności i dolna część brzucha nadaje się do wstrzyknięcia. Autor ten poleca wycięcie małego skrawka skóry w miejscu wkłucia i użycie tępej igły. Jednak doświadczenia nasze, a także Pfeiffera, wskazują, że wygodniej jest wykonywać wstrzykiwania śródotrzewnowe u zwierzęcia leżącego na grzbiecie i że nie należy wycinać skóry, bo tylko niepotrzebnie kaleczy się królika. Również użycie tępej igły nie wydaje się nam korzystne, a utrudnia tylko przebicie powłok skórnych i mięśniowych. My wykonywaliśmy wstrzykiwania śródotrzewnowe z powodzeniem w sposób następujący: Królika umieszcza się na grzbiecie nie bardzo go rozciągając. Po wygoleniu i odkażeniu skóry w miejscu wstrzyknięcia przykłada się zwykłą igłę do skóry lekko ją nakłuwając. Wówczas królik odruchowo napina powłoki obrzuszne, tak, że wystarczy tylko szybkie pchnięcie strzykawki, aby się dostać do jamy otrzewnowej. Przy wykonywaniu w powyższy sposób wstrzykiwań śródotrzewnowych nie straciliśmy ani jednego królika.

Krew do mianowania próbnego pobieraliśmy stale w doświadczeniach naszych z żył usznych królików, które trzymano celem uniknięcia opalizacji surowicy przez 24 godzin przed upustem na zupełnym poście, albo za pomocą strzykawki, albo (o ile chodziło o szybkie i w większej ilości pobranie krwi) nacinaliśmy nożyczkami brzeg ucha i ściekającą krew zbierali do jałowych naczyń wirówkowych. Krwawienie tamowano przez ucisk, a gdy ono po kilku minutach nie ustawało, przypiekano delikatnie miejsce krwawiące. Przy przypiekaniu króliki nie reagowały, a ranka goiła się zawsze per primam.

Po odwirowaniu surowicy badano jej wartościowość i swoistość według metody Uhlenhutha i Beumera, t. zn. że odpowiednie rozcieńczenia surowicy homologicznej względnie heterologicznej rozlewano do wąskich probówek i po wstawieniu do podstawki z ciemnem, przesuwalnem tłem dolewano surowicy precypitacyjnej w ten sposób, aby ściekała bez mieszania się z antygenem na dno probówki, a z siły i szybkości powstawania pierścieni i strątów w miejscu zetknięcia się wywołacza z surowicą odczytywano miano surowicy. Badanie wartościowości surowic wykonywano od rozcieńczenia 1 : 10 surowicy homologicznej i zwykle tak daleko postępowano z rozcieńczeniem antygenu jak daleko sięgało miano surowicy. Badanie swoistości wykonywano w rozcieńczeniach surowic heterologicznych 1 : 10, 1 : 100 i 1 : 1000. Wyniki odczytywano od nastawienia odczynu do 20 minut. Jeżeli odczytanie nastąpiło w innym czasie jest to zaznaczone w protokole.

Z chwilą gdy surowica posiadała żądane miano i okazała się swoista, pobierano większą ilość krwi lub skrwawiano całkowicie zwierzę. Częściowe upusty krwi wykonywano zwykle zapomocą nakłucia serca. Mimo dość niebezpiecznego tego zabiegu padły nam przy nakłuciu serca tylko dwa króliki, zaś przeszło sto nakłuć serca wykonano zupełnie bez szkody dla zwierzęcia, a niejednokrotnie powtarzano nakłucia 2 — 3 razy u tego samego królika. Przy pobieraniu krwi w ten sposób można było najłatwiej przechowywać surowicę przez czas dłuższy bez dodawania do niej jakichkolwiek środków przeciwgnilnych. Ze sposobów skrwawienia całkowitego okazało się najlepszem pod każdym względem skrwawienie z tętnicy szyjnej w sposób następujący. Po wystrzyżeniu włosów i odkażeniu skóry na szyi królika, przecinano powłoki skórne, mięśnie i odpreparowywano tętnicę. Po zaciśnięciu z obu stron odpreparowanego odcinka tętnicy zaciskadłami, nacinano w środku jej ścianę i po wprowadzeniu przewężonej i obtopionej szklanej rurki włoscowatej odpowiednich wymiarów i po podwiązaniu tejże w tętnicy, otwierano zaciskadło na tętnicy od strony serca i krew w sposób jałowy spływała przez rurkę do połączonej z nią zapomocą węża gumowego małej kolbki Erlenmayer'owskiej z odgałęzieniem z boku (porówn. Ryc. 1.). Po odstaniu się surowicy, odciągano ją do probówek jałowych, skąd po zupełnem opadnięciu krwinek rozlewano surowicę do ampułek, a te zatapiano.

Oprócz tych mniej lub więcej ogólnie przyjętych szczegółów technicznych posiada przedewszystkiem przy uzyskiwaniu wysokowartościowych i swoistych surowic precypitacyjnych zasadnicze znaczenie sposób uodporniania zwierząt. Sposobów tych i ich odmian, wprowadzających jednak po większej części tylko mało-znaczne zmiany jest bardzo wiele. To też zwrócimy uwagę jedynie na te sposoby, które wprowadzają jakieś bardziej zasadnicze zmiany, ponieważ one stały się punktem wyjścia naszych własnych badań.



Ryc. 1.

Za sposób klasyczny uzyskiwania precypityn należy uznać sposób, opracowany przez Uhlenhutha i licznych jego współpracowników, tudzież pokrewny mu Nuttala i liczne tych sposobów odmiany. Według Uhlenhutha należy wstrzykiwać śródżylnie po 1—3 cm³ surowicy unieczynnionej w odstępach mniej więcej tygodniowych. Wstrzyknięcia należy powtórzyć 3—4 razy. Dalsze uodpornianie wpływa mało na miano surowicy. W razie odpowiedniego miana surowicy należy skrwawić królika, a uzyskaną surowicę przechowywać jałowo w ciemności. Jak wspomniano, podano cały szereg odmian, a nawet sam Uhlenhuth w rozmaitych wydaniach swej techniki otrzymywania precypityn dla celów sądowo-lekarskich wprowadza małe odmiany.

Podczas gdy powyższy sposób uodporniania rozciąga się na cały szereg tygodni, podali Fornet i Müller t. zw. szybką metodę, polegającą na podawaniu śródotrzewnowem przez 3, po sobie następujące dni zwiększających się ilości wywoływacza t. j. 5, 10 i 15 cm³ i na skrwawieniu królika 12-tego dnia po ostatniem wstrzyknięciu. Sposób ten znalazł potwierdzenie u niektórych autorów (Bonhoff i Tsuzuki, Gay i Fitzegerald, Hectoen), ale także i wielu przeciwników (Uhlenhuth, Trommsdorf, Dold, Dikoff, H. Pfeiffer i inni), którzy się spotykali z wynikami ujemnemi i ze znaczną utratą zwierząt.

Prawie równocześnie ogłosili w 1914 roku Raysky i niezależnie od niego Roček nową metodę, polegającą na uodpornianiu powtórnem. Najpierw następuje uodpornianie sposobem klasycznym, a po upływie dłuższego czasu, już po zupełnem zniknięciu precypityn z krwi zwierzęcia podają oni drugą serję wstrzyknięć. Według Rayskyego, u zwierząt, które dały dobre surowice po pierwszem uodpornieniu, dokonuje się powtórnie po kilku miesiącach jednego wstrzyknięcia małej ilości (0,1—1,0 cm³) wywoływacza i po 6 dniach otrzymuje się już bardzo silne precypityny.

Roček różni się o tyle od Rayskyego, że po okresie przerwy podaje znacznie większą ilość wywoływacza. Otrzymuje on wprawdzie bardzo silne surowice, lecz duży odsetek zwierząt zapada na ciężkie ropienia po wstrzykiwaniach podskórnych lub ginie wskutek wstrząsu nadwrażliwościowego.

Zupełnie odrębny i nowy sposób podał japoński badacz Fujiwara. Jako wywoływacza do wstrzykiwań używa on ścięte przez gotowanie białko surowicy. Wstrzykiwań dokonuje 10 w małych odstępach czasu i małemi (0,02 g) dawkami. Wyniki otrzymuje bardzo dobre pod względem miana, jak i swoistości.

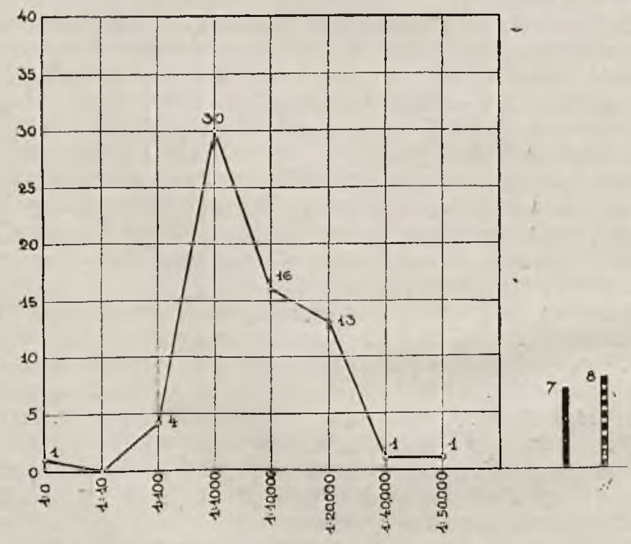
H. Pfeiffer poleca sposób, który jest niejako połączeniem sposobu Rayskyego oraz Forneta-Müllera. Autor ten wykonuje trzy wstrzyknięcia śródżylne w odstępach jednodniowych po 1—2 cm³ surowicy lub zgęszczonego wyciągu krwi. Po przerwie 6—10-dniowej wstrzykuje śródotrzewnowo w dwóch dniach po sobie następujących po 2 cm³ surowicy, rozcieńczonej równą ilością 0,85% NaCl, a przez następne trzy dni wstrzykuje śródżylnie, jak na początku. Po 10—12 dniach pobiera krew, a uzyskane w ten sposób surowice mają być wysokowartościowe i ściśle swoiste.

Z innych sposobów wspomnieć należy o podanym przez dwu Amerykanów Bulla i Kinga, którzy wstrzykują królikom śródżylnie cztery razy po 5 cm³ surowicy w odstępach co dwa dni, zaś w 9—12 dni po ostatniem wstrzyknięciu pobierają 50 cm³ krwi, a w dwa dni później znowu 50 cm³. Po przerwie tygodniowej następują ponownie wstrzyknięcia śródżylne i powtórne pobieranie krwi. Według wspomnianych autorów można w ten sposób uodporniać zwierzęta przez 5 seryj i pięciokrotnie na dwa zawody pobierać krew.

Wreszcie nową odmianę w uzyskiwaniu surowic precypitacyjnych wprowadza w swej metodzie Standenath, który przed szczepieniem królików stosuje zaczopowanie (blokadę) układu siateczkowo-śródbłonkowego tuszem, co ma wpływać na znaczne zwiększenie się ilości precypityn.

I. Grupa badań

zawiera doświadczenia na królikach, uodpornianych sposobem Uhlenhutha. W pierwszej serji doświadczeń, obejmującej 81 królików, uodporniano je czterokrotnie w odstępach tygodniowych dawkami 1 cm³ surowicy na 1 kg wagi zwierzęcia (odmiana Leersa). Jeden królik nie dał zupełnie surowicy precypitującej nawet w rozcieńczeniu 1 : 10 białka homologicznego, cztery dały surowice o mianie 1 : 100, zaś przeważna ilość surowic miała miano nie dochodzące do 1 : 10.000. W miarę dalszego wzrostu miana surowic zmniejsza się ilość królików i miano ponad 1 : 10.000 osiąga już tylko 16 królików; prócz tego było: 13 królików o mianie surowicy 1 : 20.000, jeden królik o mianie surowicy 1 : 40.000, i wreszcie jeden królik o mianie 1 : 50.000. Podczas uodparniania padło siedm królików wśród objawów ostrego wstrząsu nadwrażliwościowego, zaś ośm królików z innych przyczyn.



Krzywa Nr. 1.

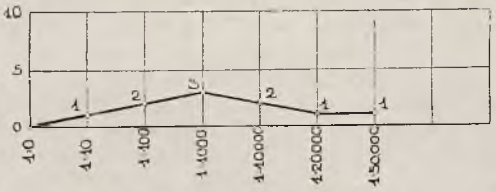
Słupek czarny oznacza zwierzęta padłe wskutek wstrząsu nadwrażliwościowego.
Słupek czarno-biały oznacza zwierzęta padłe z innych przyczyn.

Stosunki te przedstawia krzywa Nr. 1. Na jej osi poziomej jest oznaczone miano surowicy, zaś na osi pionowej ilość królików. Przeciętne miano surowic, uzyskanych tą metodą obliczone w sposób zwykły (po dodaniu mian wszystkich surowic dzieli się otrzymaną liczbę przez ilość królików) wynosi 1 : 8 187.

Surowice precypitacyjne otrzymane sposobem klasycznym odznaczają się tem, że w niskich zgęszczeniach wywoływacza (1 : 10 do 1 : 1.000) prawie zawsze dają w przeciągu kilku minut grube, kłaczkowate strąty, opadające rychło na dno próbówki. W rozcieńczeniu 1 : 10.000 występują zwykle już tylko pierścienie, a w dalszych rozcieńczaniach wywoływacza zmniejsza się gwałtownie nasilenie precypitacji. Do szczegółu tego powrócimy jeszcze później.

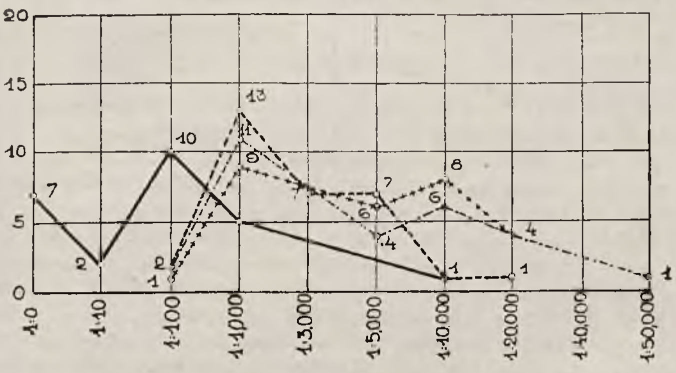
Dalszych 11 królików uodporniano tylko trzykrotnem wstrzykiwaniem. Wykonano je takiemi samemi ilościami surowicy i w takich samych odstępach czasu. Otrzymane wyniki potwierdzają w zupełności zdania autorów, że już po trzeciem wstrzyknięciu można uzyskać dobre precypityny. Na 11 królików cztery dały surowice o mianie ponad 1 : 10.000, co dla tej metody uodporniania przedstawia wcale dobre wyniki. Jak widać na krzywej Nr. 2, posiada ona te same właściwości, co i krzywa Nr. 1, a jest tylko

znacznie więcej płaska, co należy odnieść do mniejszej ilości królików. Jeden królik padł z powodu wstrząsu nadwrażliwościowego. Charakter strątów taki sam, jak w poprzedniej serji królików. Przeciętne miano wyższe niż w poprzedniej serji, bo wynosi 1 : 9.321.



Krzywa Nr. 2.

Celem przekonania się, po którem wstrzyknięciu uzyskuje surowica wystarczające miano i celem stwierdzenia, jak się przedstawia powstawanie precypityn w stosunku do ilości wstrzyknięć, badano u 36 królików miano surowicy bezpośrednio przed każdem następnem wstrzyknięciem. Krzywa Nr. 3 daje wyobrażenie o stosunku ilości wstrzyknięć i czasu do powstawania precypityn przy uodpornianiu sposobem Uhlenhutha.



Krzywa Nr. 3.

Linja ciągła oznacza mianowanie po 1 wstrzyknięciu
Linja kreskowana oznacza mianowanie po 2 wstrzyknięciach
Linja krzyżykowa oznacza mianowanie po 3 wstrzyknięciach
Kropka - kreska oznacza mianowanie po 4 wstrzyknięciach

Jak z krzywej tej widać, prawa strona krzywej przesuwa się po każdej serji wstrzyknięć coraz więcej ku górze i najlepsze położenie zajmuje po trzeciem, a potem dopiero po czwartem wstrzyknięciu.

Miano przeciętne po I wstrzyknięciu wynosi 1 : 676
Miano przeciętne po II wstrzyknięciu wynosi 1 : 3.360
Miano przecietne po III wstrzyknięciu wynosi 1 : 9.589
Miano przeciętne po IV wstrzyknięciu wynosi 1 : 7.190.

A zatem surowice uzyskują już zupełnie silne miano po trzeciem wstrzyknięciu, zaś czwarte przyczynia się do podniesienia miana w bardzo małej ilości przypadków.

Dla przekonania się, jak wpływają wstrzykiwania powtarzane co tydzień przez dłuższy przeciąg czasu uodpornialiśmy jednego królika, stosując 11 wstrzyknięć śródżylnych i mianując surowice przed każdem następnem wstrzyknięciem. Przebieg wstrzyknięć i mianowań przedstawia wyciąg z protokołu doświadczenia:

Królik Nr. 102. Waga 2,550 g Wywoływacz: surowica ludzka dożylnie.

Wstrzyknięto:		Mianowano:	
Dnia	Ilość cm³	Dnia	uzyskano miano
4 VII	5		
11 VII	3	17 VII	1:1,000
18 VII	3	25 VII	1:10.000
26 VII	3	2 VIII	1:10,000
2 VIII	3	7 VIII	1:15,000
7 VIII	3	14 VIII	1:10,000
14 VIII	3,5	nie mianowano	
22 VIII	3,5	29 VIII	1:1,000
29 VIII	5	13 IX	1:5,000
14 IX	3,5	21 IX	1:5,000

Jak widać także z powyższego, miano surowicy po trzeciem wzgl. czwartem wstrzyknięciu osiągło już swój punkt najwyższy, a potem ulegając wahaniom znacznie opadło. To jedno doświadczenie potwierdza w zupełności badania Uhlenhutha i jego współpracowników, a także znajduje się w zgodności z wynikami przedstawionemi na krzywej Nr. 1.

II. Grupa badań.

Niektóre króliki, szczepione trzy lub czterokrotnie, a których z jakichkolwiek powodów nie skrwawiono (głównie z powodu niskiego miana surowic), pozostawiono w spoczynku i po pewnym czasie (od trzech tygodni do dwóch miesięcy) poddano drugiej serji wstrzyknięć, naogół podobnej do pierwszej. Króliki, które po pierwszej serji nie dały dobrych precypityn, po powtórnem uodpornieniu dały surowice znacznie silniejsze.

Jak już wspomniano, Rayski, a także Roček podali sposób, opierający się na uodpornianiu powtórnem. W naszych doświadczeniach z tej grupy, gdyby nie małe zmiany w ilości wstrzyknięć i surowicy przy uodpornianiu wtórnem, możnaby uważać króliki za uodpornione sposobem wspomnianych autorów.

W powyższy sposób uodporniano dziewięć królików, z tych sześć mianowano po pierwszej serji wstrzyknięć. Przeciętne miano po pierwszej serji wynosiło 1 : 2,500, zaś przeciętne miano po drugiej serji 1 : 11,333.

Jeżeli się zważy, że większość z tych królików dała po pierwszej serji wstrzyknięć precypityny dość słabe (1 : 1,000), to silne zwiększenie się miana po drugiej serji wstrzyknięć przemawia dobitnie za uodpornieniem powtórnem.

C. d. n.

A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Czynniki epidemjologiczne duru brzusznego w Warszawie *).

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. st. Warszawy.

Epidemjologja duru brzusznego oraz sposoby jego zwalczania można uważać za dokładnie zbadane i ustalone w wyniku dużego doświadczenia lat ubiegłych. Wiemy obecnie dobrze, że napięcie oraz przebieg epidemji duru brzusznego w danem środowisku stanowi wskaźnik jego kultury sanitarnej. W miarę podnoszenia się jej poziomu maleją epidemje duru brzusznego — przykład mamy w miastach Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Mimo jednak stosowania wszelkich zabiegów, wskazanych przez inżynierję sanitarną, w każdem środowisku po spadku liczby zachorowań występują one nadal stale, aczkolwiek mniej licznie. Wynika to z faktu, że czynniki epidemjologiczne duru brzusznego w różnej mierze podlegać mogą planowej interwencji sanitarnohigjenicznej.

Warszawa stale daje liczne zachorowania durowe. Statystyka lat ostatnich wykazuje następujące liczby zachorowań, zarejestrowanych w Wydziale Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy:

1923 — 999
1924 — 1359
1925 — 1032
1926 — 1403
1927 — 1394

(w liczbach tych nie są wydzielone zachorowania paratyfusowe, co stanowi ujemną ich stronę).

Z liczb tych wynika, że dur brzuszny, traktowany nieomal jako zjawisko normalne, codzienne, wymaga o wiele większej uwagi, zainteresowania i wysiłków dla jego zwalczania, niż to się spostrzega.

Czynniki epidemjologiczne duru brzusznego, oraz sposoby jego zwalczania są obecnie powszechnie znane. Mówiąc o zabiegach z zakresu epidemjologji praktycznej w celu zwalczania duru brzusznego, mamy obficie do dyspozycji dane, dotyczące stosunków niemieckich, amerykańskich, francuskich i in. — brakuje nam natomiast własnego materjału. Czynniki te, prawda, wszędzie są zasadniczo identyczne, natomiast ich ustosunkowanie posiada indywidualne cechy na każdym terenie poszczególnym.

Tylko zdając sobie dokładnie sprawę z roli każdego czynnika poszczególnego, śledząc systematycznie jego stosunek do innych czynników z biegiem czasu oraz w wyniku stosowania odpowied-

*) Odczyt na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 18. XII. 1928 r.

nich zabiegów higjenicznych, można w zwalczaniu duru brzusznego iść naprzód systematycznie i planowo. Otóż tych danych, dotyczących poszczególnych czynników epidemjologicznych, my wogóle nie posiadamy; Warszawa nie stanowi pod tym względem wyjątku.

W ciągu ostatnich 3-ch lat pracownia bakterjologiczna Miejskiego Instytutu Higjenicznego gromadzi systematycznie takie materjały. Wynik dotychczasowych spostrzeżeń niżej przedstawiam. Nie obejmują one jeszcze całości zagadnienia, jednakże w stosunku do niektórych czynników zasadniczych dają już liczby ustalone.

Typów epidemjologicznych duru brzusznego mamy 2 — wodny i kontaktowy. Zachorowania durowe w Warszawie, występujące w ciągu roku, mają stale okres nasilenia jesiennego (sierpień — październik). Endemo-epidemiczne zachorowania w Warszawie, powodowane przez rozmaite czynniki, wymagają zróżniczkowania roli każdego z tych czynników. Każdą grupę czynników (wodnego i kontaktowego) rozpatrzymy osobno.

A) Czynnik wodny.

1) *Woda wodociągowa.* Wpływ zaprowadzenia wodociągów w Warszawie w r. 1886 wybitnie zaznaczył się obniżeniem liczby zgonów na dur brzuszny z 80,8 (pięciolecie 1882 — 1886) na 23,9 (1887 — 1891) na 100,000 ludności.

1892 — 1896	= 20,8	
1897 — 1901	= 16,5	
1902 — 1906	= 17,4	
1907 — 1911	= 18,3	
1912	= 16,9	na 100.000 ludności
1913	= 14,6	
1914	= 21,5	
1915	= 30,4	
1916	= 19,7	

W dalszym ciągu w związku ze stopniowem polepszaniem stanu sanitarno-higjenicznego Warszawy — liczba zgonów daje obniżenie:

w r. 1921	= 15,2	
1922	= 13,1	
1925	= 13,3	na 100.000 ludności
1926	= 16,5	
1927	= 17,0	

W ocenie sprawności instalacji, oczyszczających wodę — filtrów, należy zwrócić uwagę na stosunek liczby bakterji w 1 cm³ wody wodociągowej do liczby bakterji w 1 cm³ wody Wisły przed filtrowaniem. Liczby te ulegają pewnym wahaniom w rozmaitych porach roku; badania Miejskiego Instytutu Higjenicznego dają dla wody wodociągowej, przeważnie mniej niż 20 bakterji w 1 cm³, dla wody Wiślanej (na miejscu pobierania wody dla wodociągu) do 500 bakterji i tylko wyjątkowo wyżej (metodyka badania — agar słabo zasadowy). Odpowiada to stosunkowi 4 : 100.

Warszawa pod względem zaopatrzenia w wodę znajduje się obecnie w warunkach pomyślnych. Małe uprzemysłowienie i słabe zaludnienie brzegów Wisły bezpośrednio przed Warszawą dają wodę stosunkowo mało zanieczyszczoną.

Liczba bakterji w 1 cm³ wody wodociągowej, pozostając przeważnie mniejszą niż 20 (6 — 12 bakterji), tylko w badaniach pojedyńczych wyjątkowo przekracza 30 bakterji w 1 cm³; okres przyboru Wisły nie odbija się w sposób wyraźny na zawartości bakterji w wodzie wodociągowej.

Laseczki okrężnicowe w wodzie wodociągowej dawało się stwierdzić wyjątkowo rzadko: z 22 badań wykonanych — 1 raz w 800 cm³ i 1 raz w 100 cm³.

2) *Studnie.* W granicach wielkiej Warszawy mamy dotąd znaczną liczbę studzien. Tam gdzie wodociąg nie dosięga, studnia stanowi jedyne źródło zaopatrywania się w wodę. Badania bakterjologiczne i chemiczne wody studziennej, przeprowadzone w Miejskim Instytucie Higjenicznym, dały wyniki następujące: Z 327 studzien zbadanych w r. b. 277, t. j. 84,7% było niezdatnych do użytku pod względem bakterjologicznym lub chemicznym, albo też pod obydwoma względami jednocześnie (zawierały las. okrężnicową, dużą ilość azotanów, azotynów i t. d.); studzien dobrych mieliśmy tylko 50, co stanowi 15,3% studzien badanych.

Tak złe wyniki badania jakości wody studziennej stanowią wyraz nieodpowiedniej budowy studzien, oraz zanieczyszczenia wód gruntowych (zła izolacja, zanieczyszczenie z góry).

Woda studzienna niewątpliwie odgrywa rolę czynnika epidemjologicznego. Zanieczyszczenie wody studziennej stanowi jedno z ogniw kontaktowego zakażenia się durem brzusznym; występuje ono w wyniku złej budowy ustępów i braku zabezpieczenia studzien przed zanieczyszczeniem. Mimo że woda studzienna w szeregu przypadków stanowi niewątpliwie przyczynę zachorowań durowych, nie nadaje ona zachorowaniom tym typu epidemji wodnej, pod którą pojmujemy masowe zachorowania, występujące w wyniku dostarczenia przez wodociągi wody zakażonej.

3) *Lód* pośrednio stanowić może też źródło zakażenia durem brzusznym. Znaczna część używanego w Warszawie lodu, pochodzi z glinianek i stawów na przedmieściach Warszawy.

Stan tych zbiorników wody, na podstawie wyników badania próbek w Miejskim Instytucie Higjenicznym, przeważnie jest zły, w 55% mają wodę złą pod względem bakterjologicznym (miano las. okrężnicow. często w 0,1 cm³). Biorąc pod uwagę stan zbiorników, z których pochodzi lód, oraz warunki jego transportu, zgóry winniśmy uważać lód jako jeden z czynników (drugorzędnych) szerzenia się duru brzusznego. Lód, dodawany do produktów spożywczych, może je zakażać, również jak może zakażać produkty, przechowywane bezpośrednio na lodzie.

Reasumując rolę czynnika wodnego w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie, przychodzimy do wniosku, że: 1) woda wodociągowa pod tym względem nie posiada znaczenia; 2) studzienna nie zdatna do użytku w 84,7% przypadków badanych, stanowi niewątpliwy czynnik epidemjologiczny; 3) lód naturalny może odgrywać pewną rolę w szerzeniu się duru brzusznego.

B. Kontakt.

Kontaktowe zachorowania łączą się przedewszystkiem z rolą zakażającą chorego oraz nosicieli laseczek durowych.

a) Chory jako czynnik zakażenia kontaktowego nie odgrywa w naszych warunkach większej roli. Przedewszystkiem bardzo znaczny odsetek chorych obecnie jest umieszczany w szpitalach. Według danych Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy w roku 1926 87% chorych zostało umieszczonych w szpitalach, w roku 1927 87,8%. Chory więc w okresie najbardziej intensywnego wydzielania laseczek durowych z kałem i moczem jest eliminowany ze środowiska domowego. W momencie powrotu do domu (w 5 tygodniu choroby) już tylko znaczna mniejszość ozdrowieńców wydziela laseczniki durowe. Według danych Matthes'a i Neumann'a, Simon'a nie przekracza 17,5 — 9,3. Według Brion'a i Kayser'a 93% ozdrowieńców po 10 dniach bez gorączki nie wydzielają więcej laseczników durowych (dokładne piśmiennictwo u Dopter et Lavergne str. 314). W tym celu pożądane jest wypisywanie chorych ze szpitali po powtórnych ujemnych wynikach badania bakterjologicznego kału i moczu. Badanie to nie jest jeszcze obecnie wykonywane systematycznie i niewątpliwie część ozdrowieńców po powrocie do domu stanowi źródło zakażenia. Chory jednak nie odgrywa roli głównej, gdyż otoczenie w większej lub mniejszej mierze wystrzega się zakażenia. Rola propagandowa lekarza sanitarnego w tym względzie wiele może zdziałać i niewątpliwie już obecnie działa.

Dodać należy, że poza przypadkami klinicznie typowemi duru brzusznego, występować mogą, i zwłaszcza licznie w okresie powojennym występują, przypadki nietypowe spowodowane przez działanie szczepień ochronych przeciwdurowych z okresu wojny.

Takie zachorowania nierozpoznane i nie unieszkodliwione odpowiedniemi zabiegami sanitarno-higjenicznemi, mogą odgrywać rolę czynnika kontaktowego.

Zasadniczo to samo da się powiedzieć o nietypowych zachorzeniach durowych wieku dziecięcego (Jonscher).

b) O wiele większą, aczkolwiek mniej widoczną, rolę odgrywają w kontaktowem szerzeniu się duru brzusznego *zdrowi nosiciele* laseczek durowych. Zakażenie kontaktowe durem brzusznym polega nie tyle może na bezpośredniem zetknięciu się nosiciela ze zdrowymi ile na zakażeniu pośredniem, bo czemże innem jak nie kontaktem pośrednim będzie zakażenie produktów spożywczych przez nosiciela (sprzedawcę, kucharza, kelnera i t. p.). Zakażenie się za pośrednictwem produktów spożywczych (mleka, chleba i innych) jest jednym z przejawów kontaktu pośredniego; zakażenie się przez brudne ustępy też jest zakażeniem kontaktowem.

Pojmując kontaktowe zakażenie w sposób zaznaczony, specjalnie wybitną rolę winniśmy przyznać nosicielstwu, jako czynnikowi zakażenia.

W chwili obecnej jesteśmy w posiadaniu danych charakteryzujących ilościowo częstość nosicielstwa laseczek durowych w Warszawie (Ławrynowicz, Piotrowska, Stankowska). Wykonane przez Miejski Instytut Higjeniczny badanie otoczenia chorych na dur brzuszny (podaję liczby uzupełnione do 1. XII. 1928 r.) dało na 5177 zbadanych 18 nosicieli co stanowi

0,35%. Zwykła metodyka badania obecności laseczników durowych z natury swojej często zawodzi. Dlatego też wyników jej nie możemy uważać za całkowicie miarodajne. Kontrolę danych powyższych stanowić mogą wyniki badania sekcyjnego żółci, metodycznie o wiele łatwiejsze i pewniejsze; badania te dokonane na materjale Zakładu Anatomji Patol. U. W. oraz prosektorjum Szpitala Przemienienia Pańskiego — dały na 987 zwłok zbadanych 5 razy laseczkę durową, co stanowi 0,5% przypadków badanych.

Biorąc jako podstawę odsetki powyższe winniśmy stwierdzić że w Warszawie mamy od 3,500 do 5000 nosicieli zdrowych. Przyjmując pod uwagę, że są to w przeważnej części kobiety $^3/_4$ stwierdzonych, żywicielki, zajmujące się gospodarstwem domowem, już w tym fakcie mamy wszelkie dane dla roli tych nosicieli nie tylko jako czynnika kontaktowego bezpośredniego, ale również i jako czynnika kontaktu pośredniego.

Podaję tylko dane liczbowe dotyczące Warszawy; nie zatrzymuję się świadomie nad całokształtem roli epidemjologicznej nosicielstwa laseczek duru brzusznego.

Niebezpieczeństwo nosiciela dla otoczenia łączy się ściśle z gęstością zaludnienia środowiska, w którem nosiciel przebywa. Im ściślejszy jest kontakt, tem więcej możliwości dla zakażenia bezpośredniego. W ten sposób szkodliwość i rolę epidemjologiczną nosicielstwa należy potraktować *pod kątem widzenia kwestji mieszkaniowej*. Rola nosiciela w różnych środowiskach będzie różna.

c) Produkty spożywcze jako czynnik epidemjologiczny w durze brzusznym oddawna mają rolę ustaloną.

W szeregu produktów spożywczych rolę podstawową odgrywa mleko i produkty mleczne. Mleko surowe spożywa się przeważnie w postaci mleka rynkowego. Warunki produkcji i sprzedaży mleka składają się na to, że mleko rynkowe, nie biorąc pod uwagę możliwych zafałszowań, pod względem bakterjologicznym bywa zwykle ogromnie zanieczyszczone. Dla przykładu przedstawię wyniki badania w Miejskim Instytucie Higjenicznym mleka rynkowego w Warszawie, charakterystyczne dla panujących u nas stosunków (H r y n i e w i c z ó w n a). Na podstawie badania 246 prób mleka stwierdzono, że w 95,6% przypadków mleko zawiera więcej niż 1,000.000 bakterji w 1 cm³, 75,5% prób badanych miało od 5 do 50 miljonów bakterji w 1 cm³, 5,9% — powyżej 50,000.000 bakterji. Liczby te charakteryzują stosunki higjeniczne produkcji i sprzedaży mleka. Jeśli ten stan mleka zestawimy z podanemi wyżej liczbami nosicieli w naszem otoczeniu (od 0,35 do 0,5% osób badanych), jeśli zgóry przyjmiemy, że część tych nosicieli pracuje w przemyśle mleczarskim, będziemy musieli mleku warszawskiemu przyznać niewątpliwie rolę czynnika poważnego w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie.

W mleku surowem, a w większym jeszcze stopniu w mleku kwaśnem, lasecz. durowa spotyka czynnik antagonistyczny w postaci licznych innych bakterji, jednocześnie występujących. Zwłaszcza można było spodziewać się energicznego działania antagonistycznego mikroflory mleka kwaśnego. Jak świadczą dokonane w Miejskim Instytucie Higjenicznym spostrzeżenia Z. B o h d a n o w i c z ó w n y (jeszcze nie ogłoszone) mleko kwaśne, nawet po 3-ch dobach, może jeszcze zawierać laseczniki durowe, a więc odgrywać rolę czynnika szerzenia się duru brzusznego.

Przypuszczać można, że również i inne postaci produktów mlecznych (naprzykład lody) winny też wchodzić w rachubę. Nie zamierzam zatrzymywać się na innych produktach spożywczych, posiadających mniejsze, w stosunku do mleka, znaczenie.

Lepszy lub gorszy stan sanitarno - higjeniczny miejsc sprzedaży produktów spożywczych i spożywania pokarmu (mleczarnie, kawiarnie i in.) warunkuje ich rolę w epidemjologji duru brzusznego. I tutaj też rola nosicieli - sprzedawców, kucharzy, kelnerów i in. zaznaczać się może w postaci wyjątkowo wyraźnej.

W celu zorjentowania się w roli epidemjologicznej stanu rąk sprzedawców, Miejski Instytut Higjeniczny przeprowadził spostrzeżenia nad częstością laseczki okrężnicowej na rękach sprzedawców. Nieogłoszone jeszcze materjały H. D o b r o w o l s k i e j i M. H r y n i e w i c z ó w n y (dokonane przeważnie w porze zimowej) dały wbrew oczekiwaniom, stosunkowo rzadko wynik dodatni badania.

Widzimy więc, że rola kontaktu w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie na podstawie danych powyższych przedstawia się zupełnie wyraźnie. Nosicielstwo osobników zdrowych, jako źródło kontaktu, rolę swoją wywierać może bezpośrednio jakoteż licznemi sposobami pośredniemi.

* * *

Jeśli teraz porównamy rolę czynnika wodnego z czynnikiem kontaktowym w epidemjologji duru brzusznego w Warszawie winniśmy stwierdzić, że czynnik wodny odgrywa rolę znacznie mniejszą w stosunku do kontaktowego. Mówiąc o epidemjologji duru brzusznego w Warszawie nie wolno jedną miarą mierzyć objęte wspólną statystyką dzielnice wielkiej Warszawy. Bo Warszawa ma swoje śródmieście, stojące na poziomie wymagań sanitarnohigjenicznych, i swoje kresy - przedmieścia, pozbawione wodociągu i kanalizacji, zaledwo poczynające się dźwigać ze stanu dawnego zaniedbania. Obejmujące r. 1927 dane zachorowań w poszczególnych dzielnicach Warszawy, dają dla śródmieścia 12—14 zachorowań, najwyżej 18 na 10.000, gdy jednocześnie dzielnice podmiejskie do 27 na 10.000. Aczkolwiek zasadniczo te same czynniki działają w obu przypadkach, to jednakże ich ustosunkowanie wzajemne jest różne. Jeśli w śródmieściu nie odgrywa roli czynnik wodny, małą rolę odgrywają niehigjeniczne ustępy, a zasadniczą kontakt i zakażone produkty spożywcze, to na przedmieściach podstawowe znaczenie ma stan studzien i ustępów (tylko 15,7% dobrych, reszta 84,3% nieodpowiada wymaganiom sanitarnym — M ę ż y ń s k i), równorzędne kontakt i produkty spożywcze.

Endemiczny dur brzuszny w Warszawie zasadniczo ma typ kontaktowy. Nasilenie epidemji, zgodnie z ogólnie ustalonym dla duru brzusznego schematem, przypada na sierpień — październik. Stopniowe wznoszenie się i opadanie fali zachorowań, związane jest z szeregiem czynników rozmaitych.

Nie poruszając głębiej sprawy sezonowości epidemji poszczególnych chorób zakaźnych, zaznaczyć trzeba, że sezonowość ta stanowić może wyraz swoistych wahań stanu odporności ustroju na działanie czynnika chorobowego. Jest to dział patogenezy chorób zakaźnych mało jeszcze znany i zbadany, wymagający dalszej analizy działania czynników klimatycznych i meteorologicznych na stan odporności. Wiemy przecież, że choroby epidemiczne podzielić można na letnio - jesienne *(aestivo - autumnales)* i zimowo - wiosenne *(hiberno - vernales)*.

Pozatem na jesienne nasilenia duru brzusznego składają się inne czynniki, jak częstsze wogóle ostre zachorowania żołądkowo-jelitowe w okresie jesiennym, większe spożywanie rozmaitych produktów, ewentualnie zakażonych, stanowiących zwykle możliwe źródło zakażenia durem brzusznym (napojów chłodzących, lodów, produktów mlecznych, wszelkiej ogrodowizny i t. d.), większa ilość much, jako przenosicieli zarazków i t. d.

Niema potrzeby, jak to się często czyni, składania jesiennych nasileń na rachunek duru brzusznego przywiezionego z letnisk i ze wsi przez powracających z wypoczynku letniego mieszkańców. Niewątpliwie takie przypadki zachodzą, ale ich liczba w stosunku do ogólnej liczby zachorowań jest nikła; większość zachorowań wiąże się jednakże z temi czy innemi czynnikami działającemi na terenie Warszawy.

Na podstawie materjałów przedstawionych znajduje uzasadnienie wypowiadany już dawniej (Z a w a d z k i — r. 1911, R u p p e r t — 1918) pogląd na kontaktowy (nie wodny) typ epidemjologiczny duru brzusznego w Warszawie.

W n i o s e k: *Epidemje duru brzusznego w Warszawie mają typ kontaktowy, związany przedewszystkiem z rolą pośredniego kontaktu nosiciela laseczek durowych z osobami zdrowemi za pośrednictwem produktów spożywczych, zanieczyszczonych studzien i niehigjenicznych ustępów.*

* * *

Podając zarys czynników epidemjologicznych duru brzusznego w Warszawie należy schematycznie chociażby przedstawić plan akcji zapobiegawczej, skierowanej przeciw durowi brzusznemu.

A) Czynnik wodny będzie tem mniej wchodził w rachubę im dalej sięgnie wodociąg. Rozbudowa sieci wodociągów i kanalizacji stanowi podstawę akcji planowej. Tam gdzie stosunki obecne (brak wodociągu i kanalizacji) pozostaną jeszcze w bliższej przyszłości, należy ustalić typ studzien, ich zabezpieczenie przed zanieczyszczeniami, ustalić typ ustępu, prowadzić systematyczną (co najmniej 2 razy na rok) kontrolę każdej studni.

B) Czynnik Kontaktu — nosicielstwo.

1. a) Wobec tego, że każdy rok daje nowych nosicieli z pośród osób które chorowały na dur brzuszny, chorych przed wypisaniem ze szpitala badać co najmniej dwukrotnie na obecność laseczników durowych w kale i moczu (obliczając, że 5% chorych na dur brzuszny daje mniej lub więcej długotrwałe nosicielstwo będziemy mieli, że w r. 1927 w Polsce — 19024 zachorowań dało 950 nowych nosicieli, w Warszawie w r. 1927 na 1400 zachorowań — 70 nowych nosicieli).

b) Poddawać badaniu systematycznemu na nosicielstwo laseczników durowych personel zakładów, mających do czynienia z pro-

duktami spożywczemi (niektóre gałęzie handlu, wodociągi, kawiarnie, mleczarnie, restauracje, obory i i.).

c) Wykrywanie nosicieli w otoczeniu chorych na dur brzuszny. Powstaje pytanie, jakie zabiegi praktyczne da się zastosować w stosunku do nosicieli laseczników durowych. Aczkolwiek prawodawstwo nasze nie przewiduje pod tym względem żadnych norm obowiązujących, co jest rzeczą do naprawienia, to jednakże ustalenie faktu nosicielstwa i interwencja władz sanitarnych mogą zawsze przyczynić się do usunięcia nosiciela od pracy przezeń wykonywanej, o ile takowa związana jest z produktami spożywczemi. Praktyka tego wymagałaby jeszcze dalszego opracowania.

W szeregu krajów — Ameryka (Kacprzak), Danja, Niemcy (Chodźko) sprawa ta pod względem prawodawczym jest uregulowana. Walka z indywidualnem nosicielstwem nie rokuje, jak obecnie, powodzenia. Środki antyseptyczne nosiciela nie odkażają, zalecany ostatniemi laty zabieg chirurgiczny (usunięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, lub nerki) dla usunięcia siedliska laseczek durowych, aczkolwiek daje często wynik dodatni, z natury swojej nie nadaje się do szerszego zastosowania.

Walka z nosicielstwem iść może tylko drogą unieszkodliwienia nosiciela przez pouczenie, oraz odsunięcie od zawodu niebezpiecznego dla otoczenia.

Wychodząc z założenia, że nosiciel jest tem więcej niebezpieczny im gęstsze jest zaludnienie w jego otoczeniu, walka z nosicielstwem łączy się z kwestją mieszkaniową — z rozbudową miast i ogólnem polepszeniem warunków mieszkaniowych.

Wykrywanie nosicieli nie doprowadzi nigdy do zniszczenia duru brzusznego jako postaci chorobowej. Jednakże, zastosowane racjonalnie, może ono ograniczyć w znacznej mierze ich niebezpieczeństwo dla reszty ludności.

2) *Mleko*, podstawowy zakażający produkt spożywczy w epidemjologji duru brzusznego, wymaga specjalnej uwagi. Mleko sprzedawane w mieście winno być całkowicie pasteryzowane. Nie należy wcale w tej sprawie brać pod uwagę zachodzącego podczas pasteryzacji zniszczenia części witamin. Dla osób dorosłych okoliczność ta jest bez znaczenia, ze względu na łatwe uzupełnianie powstających braków innemi drogami. Mleko dla niemowląt winno podlegać specjalnej kontroli sanitarnej.

Etapami do usunięcia mleka, jako czynnika w epidemjologji duru brzusznego, będą: usunięcie handlu domokrążnego, koncesjonowanie handlu mlekiem, mleczarnie centralne.

Równolegle kontrola sanitarno-weterynaryjna obór oraz kontrola personelu obór.

Sposób pasteryzacji oraz aparatura do tego używana winna być stale kontrolowana w celu ustalenia ich sprawności.

C) Podane w punktach A i B postulaty, odnoszące się do czynników wodnego i kontaktowego, ze względów finansowych i organizacyjnych wymagają czasu. W naszych warunkach, kiedy epidemja co rok z równem nasileniem występuje, po za akcją dążącą do likwidacji obecnie działających czynników duru brzusznego musimy stosować doraźne zabiegi zapobiegawcze w postaci szczepień ochronnych.

Nie zamierzam zatrzymywać się szczegółowo nad tą sprawą, uczyniłem już to na innem miejscu (P. G. L. 1925, Nr. 12).

Jako wynik dotychczasowego doświadczenia w tym względzie winienem stwierdzić, że mimo nielicznych sprzeciwów (Friedberger i i.) wyniki szczepień ochronnych w durze brzusznym są dodatnie niemal na wszystkich terenach, gdzie je stosowano. Wynik uodpornienia (podskórnego) daje się spostrzegać nawet w kilka lat po jego wykonaniu — szczepione grupy ludności dają minimalne zachorowania w stosunku do nieszczepionych. Podobne stosunki spostrzegałem na materjale woj. Poznańskiego (do roku 1924 włącznie). Pod względem organizacyjnym szczepienia ochronne podskórne napotykają jednakże znaczne trudności. Duże ułatwienie dla masowej akcji szczepiennej stanowi metodyka dojelitowa Besredki, oparta na innych zasadach teoretycznych. Metodyka Besredki, sprawdzona na znacznym materjale we Francji i po za jej granicami, dała wyniki pod względem epidemjologicznym zadowalające. W warunkach polskich na dużym materjale w Łodzi przeprowadził ją Starzyński, otrzymując znaczne obniżenia zachorowań u osób szczepionych.

Badania porównawcze dokonane w Rumunji przez Cantacuzene i Panaitescu wykazały, że wynik trwalszy uodpornienia udziela szczepienie metodą podskórną. Jednakże godząc się z faktem niższej wartości praktycznej szczepień dojelitowych, ze względów organizacyjnych często zmuszeni jesteśmy na nich się zatrzymać.

Szczepienia ochronne przeciwdurowe, na najszerszą skalę stosowane, winniśmy uważać jako najaktualniejszy zabieg doraźny w walce z durem brzusznym.

Jedynie przez szerokie zastosowanie uodporniania przeciw durowi brzusznemu możliwe będzie ograniczenie zachorowań, powodowanych przez nosicieli, oraz zmniejszenie tą drogą wyżej wspomnianego corocznego dopływu nowych nosicieli durowych.

Walka z durem brzusznym potrwa jeszcze lata całe, jednakże już obecnie stopniowe lecz stałe postępy w tym względzie dają się zauważyć. Jeśli się rozejrzymy w postulatach wysuniętych przed 10 laty przez Rupperta (r. 1918) w związku z omówieniem sprawy duru brzusznego w Warszawie — przekonamy się, że przeważająca ich część bądź została już załatwiona, bądź jest na drodze do załatwienia. Obecna akcja przeciwdurowa winna być prowadzona na większą i szerszą skalę.

Jeśli wprowadzenie wodociągów w Warszawie w r. 1886 dało już w ciągu roku wynik jaskrawy w postaci obniżenia liczby zgonów z 80,8 na 23,9 (na 100.000 ludności), jeśli następne dziesięciolecie w związku z dalszem polepszeniem stanu sanitarno-higjenicznego miasta dawało stopniowe obniżenie zgonów do 13.3 (r. 1925) mamy wszelkie dane, aby stwierdzić, że planowe zastosowanie wyżej przedstawionego schematu, będzie dalej obniżało liczby zachorowań i zgonów w Warszawie.

Piśmiennictwo.

1) Chodźko W.: Prawodawstwo oraz organizacja państwowa i społeczna w zakresie zwalczania chorób zakaźnych (w Podr. chorób zakaźnych pod red. S. Sterlinga-Okuniewskiego Zesz. 1. cz. II, 1925. — 2) Dopter et de Lavergne: Epidémiologie (Traité d'Hygiène, Martin - Brouardel Vol. XX, Paris, 1926). — 3) Hryniewiczówna M.: Zdrowie, 1928, Nr. 4. — 4) Huszcza A.: Dur brzuszny (w podr. chor. zak. p. red. S. Sterlinga-Okuniewskiego, zesz. VI, 1924, str. 84—85). — 5) Kacprzak M.: Medyc. Dośw. i Społ. T. IV, z. 3—6, 1925. — 6) Levy: Journ. med. de Paris 1923, Nr. 3. — 7) Ławrynowicz A.: Polska Gaz. Lek. 1925, Nr. 12. — 8) Ławrynowicz A., Piotrowska H., Stankowska M.: Polska Gaz. Lek. 1928, Nr. 50. — 9) Oeller: Der Krankheitsverlauf d. Typhus. Jena 1920. Fischer 10) Rocznik statystyczny m. Warszawy za 1916 rok. — 11) Ruppert H.: Gaz. Lekarska 1918, Nr. 2 i 4. — 12) Starzyński A.: Polska Gaz. Lekarska 1926, Nr. 27. — 13) Zdrowie Publiczne — ogólny stan m. Warszawy i sprawozdanie z działalności za 1926 rok — W. 1926. — 14) Zawadzki: Medycyna 1911, Nr. 43. — 15) Jonscher K.: Dur brzuszny u dzieci. Pozn. 1927.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

W poprzednich dwu pracach (P. G. L. 1928, Nr. 46—48 i 1929, Nr. 1—3), omówiłem kwestje związane z etjologją dychawicy oskrzelowej. Obecnie chciałbym podnieść pewne dane odnoszące się do obrazu klinicznego tego schorzenia, podać szereg doświadczeń, jakie przeprowadziliśmy na klinice lwowskiej i omówić kwestję leczenia na podstawie naszych obserwacyj.

Przechodząc do części klinicznej dychawicy oskrzelowej znanej zresztą z podręczników i monografji doby ostatniej, chciałbym tylko pokrótce podnieść te dane i szczegóły, które nie zawsze są dotąd w opisach uwzględniane.

Przy badaniu i obserwacji chorego należy na 2 zasadnicze rzeczy zwrócić uwagę: na sam napad i na stan między napadami. Charakterem klinicznym samego napadu cechującego dychawicę oskrzelową, nie myślę się zajmować, chciałbym tylko zwrócić uwagę na zmienność obrazów, jakie wśród napadów występują. I tu mamy przypadki, w których napady występują pojedyńczo nieraz w paroletnich odstępach czasu. Zdarzają się też rzadkie przypadki, gdzie po jednorazowym napadzie już więcej do nawrotów nie przychodzi nawet bez leczenia.

Innym razem natomiast na odwrót z biegiem czasu lub nawet odrazu od początku choroby występują napady bardzo często nawet po parę na dobę. Czasem znowu występują napady gromadnie, bardzo często po kilka na dobę, aby potem znowu dać dłuższą remisję. I tak otrzymujemy okresy pogorszenia na przemian z okresami, kiedy chory czuje się prawie zupełnie dobrze. Takie okresy związane są nieraz z obecnością, względnie nieobecnością

specyficznego antygenu, w otoczeniu chorego. Podnieść jednak muszę, że można obserwować przypadki, gdzie jednak okresowe występowanie napadów pojawiać się może nawet przy ciągłym kontakcie chorego z wywoływaczem. Związane to jest zapewne z pewnym uodpornieniem na ten wywoływacz, który może występować, a które po pewnym czasie może się znowu wyczerpywać.

Najczęściej te napady występują zupełnie nieregularnie w związku z działaniem różnych poprzednich mych pracach omawianych, czynników, warunków i przyczyn.

Co do występowania napadu to występuje on przeważnie nagle i to przeważnie wśród nocy, w czasie snu. Czasem jednak poprzedzany on jest pewnym rodzajem zwiastunów. Czasem każde napady poprzedzane są występowaniem pewnych objawów nieżytowych, gdy chory uczuwa niepokój i obawę przed przeczuwanym napadem.

Czas trwania napadu rozmaicie długi, przeważnie pół do paru godzin. Nieraz jednak taka duszność o charakterze napadu przeciąga się na parę dni ze zmiennem nasileniem (jako tak zwany stan dychawicowy — *status asthmaticus*). Taki stan dychawicowy z większem lub mniejszem nasileniem może się utrzymywać nawet bardzo długo, przerywany jedynie na krótko naszymi zabiegami. Stan astmatyczny występuje zazwyczaj dopiero w dalszym przebiegu choroby, jednak są rzadkie przypadki, gdzie występuje on stosunkowo bardzo wcześnie, a nawet od samego początku.

Oprócz tych długich napadów miałem sposobność obserwować napady bardzo krótkie, zaledwie parę minut trwające połączone z wielką dusznością, często się powtarzające.

Co do objawów stwierdzalnych badaniem fizykalnem to mamy tutaj ostrą rozedmę. Przysłuchem stwierdzamy furczenia i świsty o specjalnie charakterystycznem dla astmy wysokim tonie w brzmienia. Objawy te stwierdzamy zazwyczaj równomiernie nad obonma płucami, jednakowoż przy skrupulatnem badaniu nieraz mogliśmy stwierdzić pewne różnice w intenzywności tych objawów (tak rozedma, jak i objawy przysłuchowe), silniejsze po jednej stronie, słabsze po drugiej. Są opisywane przypadki, gdzie napad dotyczył tylko jednego płuca, a nawet części jego.

Napad kończy się kaszlem i oddaniem obfitej charakterystycznej plwociny śluzowej ciągnącej się. Otóż widzieliśmy nieraz przypadki, gdzie ta plwocina nie była tak bardzo charakterystyczna, raczej przeciwnie więcej wodnista i pienista. Zdaje się, że zdarza się to w tych przypadkach, gdzie moment naczynioruchowy przeważa. Czasem ta plwocina jest całkiem skąpa. O składnikach mikroskopowych będę mówił poniżej.

W okresie międzynapadowym różni chorzy zachowują się w bardzo rozmaity sposób. W przypadkach lekkich, gdzie napady powtarzają się rzadko, chory czuje się nieraz zupełnie dobrze, a nawet badanie objektywne nie stwierdza żadnych nieprawidłowości. Natomiast w przypadkach daleko posuniętych, gdzie dychawica trwa już długo, a napady powtarzają się często, gdzie każdy napad rozdymając płuca pozostawia po sobie coraz to większą rozedmę — tam w okresie międzynapadowym będziemy mieli już pewne dolegliwości. Mamy więc tutaj przedewszystkiem do czynienia ze stałą rozedmą płuc dochodzącą nieraz do znacznych rozmiarów. Rozedma taka daje zwykłe kliniczne objawy i zwykłe następstwa jak niedomogę serca, która powoli się rozwijając, w końcu może prowadzić nawet do zejścia śmiertelnego. W związku z temi objawami możemy mieć tutaj pewne uczucie zwykłej duszności, której stopień zależy od stopnia rozedmy i od stanu mięśnia sercowego. Oprócz tych objawów wtórnych dalej posuniętych możemy stwierdzać w okresach międzynapadowych jakby pewne pozostałości z napadów, a więc przedłużenia wydechu, świsty i furczenia astmatyczne, szereg innych objawów nieżytu oskrzeli o różnem nasileniu. Chory ten kaszle wiele i oddaje plwocinę o charakterystycznym wyglądzie. Badanie objektywne stwierdza objawy podobne, jak przy stanie dychawicowym tylko o mniejszem nasileniu i z małą dusznością. Tutaj muszę podnieść, że subjektywne uczucie duszności nie zawsze idzie w parze z intenzywnością objawów fizykalnych, z nasileniem furczeń i świstów, które mają być objawem zwężenia oskrzelików. Spotykaliśmy nieraz przypadki, gdzie uczucie duszności było bardzo silne, gdzie występowała nawet sinica przy stosunkowo nikłych objawach fizykalnych. Bezwzględnie w wielu przypadkach fakt ten daje się tłumaczyć niedomogą mięśnia sercowego, jednak nie zawsze. Jeden z naszych przypadków, właśnie pod tym względem najbardziej bijący w oczy, dotyczy człowieka młodego z niedługo trwającą dychawicą, gdzie mięsień sercowy nie wykazywał żadnych zmian. Z drugiej strony bardzo często spotykamy, zwłaszcza w czasie między napadami, intenzywne objawy fizykalne przy minimalnej tylko duszności.

Co do wyżej wspomnianego stanu przewlocznego pozostawania objawów z małą dusznością (stanu poddychawicowego) podnieść musimy, że występuje on już w ciężkich przypadkach i z daleko rozwiniętą rozedmą. Są jednak przypadki, gdzie już bardzo wcześnie on występuje, a nawet czasami może występować odrazu i wysuwać się na pierwszy plan. Napady w takich razach występują tylko jako gwałtowniejsze wzmożenie stałej, choć małej duszności, napady o niezbyt wielkiem nasileniu. Tego rodzaju stan, według naszych spostrzeżeń, wiąże się często z postacią dychawicy na tle nieżytów oskrzeli — przeziębień.

Co do przyczyn stanu dychawicowego wogóle, to może tu odgrywać rolę stałe działanie danego bodźca, albo szereg czynników zasadniczych, wewnątrz ustroju się znajdujących, o których tak szeroko mówiliśmy w rozdziałach poprzednich.

Napady duszności wysuwają się tutaj tak na pierwszy plan, że przysłaniają nam ewentualne istnienie innych zmian równocześnie powstających. Czy jednak tylko ta duszność napadowa jest jedynym objawem, czy niema innych równocześnie występujących zmian ze strony innych narządów, jednak mniej widocznych. Przy dokładnej obserwacji zmiany te nie uchodzą uwagi. Jednakowoż obserwacje te nie są zbyt liczne. Napad jest objawem tak groźnym, tak wybitnym, że te zmiany zakrywa a chory w czasie tego napadu znajduje się w takim stanie, że nie czas i miejsce dla lekarza do czynienia doświadczeń. W obserwacjach tu przytaczanych należy odróżnić zmiany stale spotykane od zmian przejściowych, występujących tylko w czasie napadów, wywołanych przez sam napad wzgl. przez jego przyczynę. Fakt ten należy tembardziej podnieść, że szereg autorów podaje spostrzeżenia swe, nie uwzględniając tych warunków, i wskutek tego dochodzą nieraz do fałszywych wniosków.

Od dawna już B r o d i e i D i x o n wskazywali na pewien stopień kwasicy we krwi w przypadkach dychawicy oskrzelowej. Później K u h l m a n n wykazał spadek rezerwy alkalicznej podczas napadu (w jednym przypadku). Niektórzy badacze zwracają uwagę na zwiększenie się wydzielania bezwodnika węglowego. Wyłaniała się taka pociągająca teorja, że przy zaburzeniach funkcjonalnych w organie, którego jedną z najważniejszych czynności jest utrzymanie równowagi kwaso-zasadowej oprócz wymienionych zmian w wydzielaniu bezwodnika węglowego muszą się łączyć bardzo ściśle pewne zaburzenia w tej równowadze i że nawet te zaburzenia mogą być bardzo istotne i w niektórych pzypadkach pierwotne. W celu przekonania się o stosunku niektórych składników, jako, że we krwi ewentualne zmiany najszybciej występują, zwłaszcza te przejściowe i mają najogólniejsze znaczenie, przeprowadziłem cały szereg badań na materjale kliniki lwowskiej. Wracając do kwestji rezerwy alkalicznej obliczałem ją aparatem van S l y k e 'a. Podawanej przez niektórych, stałej acidozy nie widziałem, przeciwnie otrzymałem wartości leżące w granicach normy i to raczej bliżej granicy alkalicznej. Tu daje się zauważyć zależność wyników od pory roku (w zimie wyższe, w lecie niższe), co wobec wagotonicznego, a temsamem zakwaszającego działania upałów letnich nie jest dziwne. Natomiast we krwi pobranej w czasie samego napadu widziałem zawsze spadek rezerwy alkalicznej, jednak nie dochodzący do wartości subnormalnej. Jeżeli porównamy wartości tu spotykane z kwasicą jaką widzimy bez stanu dusznicy w innych schorzeniach, to absolutnie nie wyda się prawdopodobne, aby sam spadek rezerwy był powodem napadu. Co najwyżej moglibyśmy przypuścić, że mamy tu do czynienia z pewnemi ciałami specjalnie działającemi na mięśnie oskrzeli, które dzięki swemu kwaśnemu charakterowi działają na równowagę kwaso-zasadową. Chodziłoby tu jeszcze o to, czy spadek rezerwy alkalicznej jest pierwotny, czy występuje dopiero w czasie napadu jako zjawisko wtórne. W jednym przypadku, gdzie czynnikami anafilaktycznemi można było sztucznie wywołać napad, obserwowałem zachowanie się rezerwy alkalicznej i widziałem stały spadek tejże jeszcze przed napadem, który jednak był tak nieznaczny, że w rachubę nie wchodził. Poważniejszy spadek wystąpił dopiero w czasie napadu. Tak więc raczej ta druga ewentualność tu ma miejsce.

Jeżeli sobie uprzytomnimy, że stan zapasów zasad i stosunek kwasów do zasad jest w dużej, choć nie bezwzględnej, zależności od układu wegetatywnego, to ani wpływ pór roku, ani zmiany w kierunku kwasicy dziwić nas nie będą. Zmiany te jesteśmy skłonni uważać za wynik działania ogólnego układu parasympatycznego w chwili napadu podrażnionego. Z drugiej strony objaw ten świadczy, że w chwili napadu podrażnienie wymienionego

układu nie ogranicza się tylko do gałązek płucnych, lecz jest ogólniejsze i to dość natężone. Oprócz rezerwy alkalicznej na uwagę zasługują także pewne inne składniki chemiczne krwi.

Storn v. L. zwraca uwagę na specjalnie niski poziom kwasu moczowego we krwi astmatyków, przypisując temu objawowi pewne znaczenie w etjologji. Według moich badań uwidocznionych na załączonej tablicy wartości te rzeczywiście niezbyt są wysokie, jednak nie tak niskie jak podaje holenderski badacz. W czasie napadu nie ulegają one charakterystycznym zmianom. Przekonałem się, że podobne wartości spotykamy też u innych chorych z wybitną wagotonją np. przy wrzodzie żołądka (wartości przy wrzodzie 1.8, 2.1, 2.5 mg%). Nowsze badania zwracają uwagę, że jeżeli podamy ludziom chorym na dychawicę połączenia kwasu moczowego, to wydzielanie ich odbywa się w znacznie opóźnionym terminie w porównaniu z ludźmi zdrowymi. Dowodziłoby to istnienia pewnych zaburzeń w przemianie purynowej. Badania te jeszcze wymagają dalszych spostrzeżeń i ogólniejszych, także i przy innych stanach parasympatykotonicznych. Sądzę, że zaburzenia wyżej wspomniane łączą się nie tyle z samą dychawicą, ile z ową ogólną parasympatikotonją względnie z kwestją konstytucji neuro-artrytycznej, o której tyle mówią badacze francuscy.

Z innych składników zwracają jeszcze poniekąd uwagę ilości cukru. Są one bardzo niestałe, na ogół nieco wyżej normy. W czasie napadu spotykaliśmy nieraz wartości bardzo niskie do 0.05%. Czasem jednak w czasie napadu właśnie poziom cukru się podnosi. Jest to związane prawdopodobnie z działaniem wzruszenia duchowego, które podnosi napięcie układu sympatycznego. Naogół wziąwszy sprawy te związane są raczej z układem wegetatywnym niż z samą dychawicą.

Ilość chlorków i azotu resztującego tak w czasie napadu, jak i między napadami jest w granicach normalnych.

Jeżeli uprzytomnimy sobie działanie jonów wapnia i ich ściśły związek z jonami potasu i układem wegetatywnym, działanie zmniejszające pobudliwość tegoż układu i przepuszczalność naczyń to spodziewaliśmy się właśnie tutaj pewnych odchyleń w zawartości tego pierwiastka.

Schlinck odnosi stany nieprawidłowości w systemie wegetatywnym do obniżenia poziomu wapna. Szereg autorów zajmował się sprawą wapnia we krwi. Jedni znajdowali spadek, inni tego niestwierdzali. W każdym razie spadek był bardzo nieznaczny. W czasie napadu również ilości te zdają się nie ulegać większym zmianom. W 2 przypadkach badałem wydzielanie wapnia drogą moczu przy silnych napadach dychawicy. Wybitnych różnic w porównaniu z dniem kiedy napadu nie było, nie stwierdziłem. Ilość jonów wapnia i ruch tych jonów z tkanek i do tkanek jest tak silnie związany z układem wegetatywnym, że niewątpliwie istnieje tutaj pewne zaburzenie. Jednak chodzi tu więcej o same jony aktywne wapnia wzgl. stosunek jonów Ca do K. O ile te zmiany zachodzą, są one zbyt subtelne, zbyt przemijające, aby zawsze się musiały odbić na bezwzględnej ilości wapnia we krwi. Pottenger opierając się na badaniach Howella i Zondecka przyjmuje zwiększoną czynność oskrzelową włókien nerwu błędnego jako czynnik przewagi K nad Ca.

Podstawowa przemiana materji, naogół nieco niższa, w niektórych przeciwnie nieco wyższa od normy. W jednym i tym samym przypadku dość zmienna. Jeżeli zważymy zależność od układu wegetatywnego to nie będzie nas dziwić fakt, że zmiany te spotykane odnieść musimy do owej chwiejności w układzie wegetatywnym.

Stosunek CO_2 do O_2 w powietrzu wydychanem prawidłowy. Ewentualne wahania znacznie niższe od nieprawidłowości spotykanych gdzieindziej bez śladu dychawicy.

Jeżeli teraz raz jeszcze przyjżemy się tym zmianom, jakie stale lub przejściowo tu zachodzą, to widzimy, że musimy je odnieść do działania nerwu błędnego, a nie wiązać ich wprost z samą dychawicą. Są one wynikiem ogólnej parasympatikozy.

Co do innych zmian ze strony innych narządów, to sprawa przedstawia się w podobny sposób. Zmiany te są niezbyt znaczne i schodzą na drugi plan. Ze strony serca skłonność do nerwic; tętno czasem wolne, w czasie napadu nieraz bardzo przyspieszone wskutek wzruszenia duchowego — przestrachu.

Na specjalną uwagę zasługują zmiany ze strony przewodu pokarmowego. Jak już wyżej wspomniałem charakterystyczną jest skłonność do występowania objawów nadkwaśności żołądka, jakoteż objawów nerwicowych. Przy badaniu chemicznem żołądka nieraz spotykaliśmy się ze stałą zwyżką kwasoty. Czasami jednak kwasoty te były tylko przejściowe i można je było wykryć jedynie badaniem frakcjonowanem. Możliwe, że u chorych tak wrażliwych sam przestrach przy zgłębnikowaniu mógł odruchowo zahamować zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. Dalej spotykamy się z wybitną skłonnością do zaparcia stolca typu spastycznego, które w okresie napadu się zwiększa i może być nawet bardzo dolegliwe. W oznaczeniu stanu przewodu pokarmowego dla dychawicy mówiłem już w pracach poprzednich. Że objawy te są również wyrazem parasympatikotonji, nie trzeba chyba wspominać. C. d. n.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Adam Jan REZACZ. Lubliniec.

Wytrzebianie i wyjaławianie psychicznie chorych i osobników mniejwartościowych *).

Z Zakładu psychjatrycznego w Lublińcu.
Dyr. Dr. Emil Cyran.

Prądy ostatnich czasów w sferach lekarskich i w sądownictwie, dotyczące kastracji ewentualnie sterylizacji osobników mniejwartościowych i chorych psychicznie, zachęciły mnie do wygłoszenia niniejszego krótkiego referatu.

Zagadnienie to już wiele lat przed wojną światową było tematem licznych dyskusji tak lekarskich, jak i prawniczych, zaś w Ameryce w połowie zeszłego stulecia otrzymało pewne formy prawne, mocą których pozbawiano płodności jużto psychicznie chorych jużto przestępców obyczajowych. Początkowo celem pozbawienia płodności wykonywano wytrzebianie (kastrację). Kastracja znaną była już w starożytności, posługiwano się nią w owe czasy tylko w stosunku do męskich przedstawicieli podbitego rodu nieprzyjacielskiego, celem zaznaczenia niejako poddaństwa podbitych, jak również i zabezpieczenia przed rozmnożeniem się rasy obcej. Według podania królowa Semiramida miała wydać rozkaz kastrowania wszystkich niedołężnych mężczyzn. Stosowano je również jako pewnego rodzaju karę, czy jednak specjalnie w stosunku do przestępców seksualnych, dokładnie nie wiadomo, gdyż w Bizancjum karano w ten sposób i przestępców politycznych. Ten rodzaj kary utrzymywał się w Chinach, w Egipcie, u Malajczyków, Indjan i u niektórych szczepów australijskich. W Szkocji już w dawnych czasach miało istnieć prawo, mocą którego kastrowano epileptyków, obłąkanych i cierpiących na skazę moczanową, by cierpienia te nie przechodziły na potomstwo. W czasach późniejszych kastrowano mężczyzn mających nadzór nad haremami i śpiewaków na dworze papieży. W Ameryce, jak wspomniano już wyżej, w połowie zeszłego stulecia wprowadzono w jednym ze stanów ustawę, mocą której kastrowano każdego murzyna i mulata, który nadużył płciowo lub zmuszał do małżeństwa białą kobietę. W czasie zawieruchy wojennej mało się tem zagadnieniem zajmowano, w latach zaś ostatnich jest znowu tematem licznych rozstrząsań naukowych zwłaszcza w Niemczech, kiedy Dr. Boeters w r. 1923 zagadnienie pozbawienia płodności psychicznie chorych i mniejwartościowych osobników ujął w 9-ciu głównych punktach:

1. dzieci, które w wieku szkolnym okażą się ślepe, głuchonieme albo niedołężne i niezdolne do ukończenia szkoły ludowej, mają być poddane operacji, którąby usunęła ich zdolność płodzenia,

2. operacja nie powinna usuwać gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu,

3. rodzice nie powinni ponosić kosztów z tego tytułu powstałych,

4. zezwolenia do podjęcia operacji udziela oprócz rodziców, sąd opiekuńczy,

5. u ślepców z urodzenia, głuchoniemych, idjotów, epileptyków i psychicznie chorych, będących pod opieką zakładów należy przed ich zwolnieniem przeprowadzić sterylizację,

6. przestępców przeciw obyczajności i kobiety, które urodziły dwoje lub więcej nieślubnych dzieci, a których ojcostwo jest wątpliwe należy poddać operacji,

7. urodzeni ślepcy, głuchoniemi, epileptycy, niedołężni i psychicznie chorzy mogą otrzymać zezwolenie na zawarcie małżeństwa po uprzedniej sterylizacji,

8) przestępcom może być część kary darowana, jeśli dobrowolnie zgodzą się na operację,

9) ażeby niedorozwinięte operowane dziewczęta nie przedstawiały niebezpieczeństwa jako roznosiciele chorób wenerycznych,

---

*) Referat, wygłoszony na posiedzeniu lekarzy Zakładu, dnia 24 października 1928 r.

należy operację trzymać w tajemnicy do czego obowiązaną byłaby i rodzina.

Nie zatrzymując się dłużej nad poszczególnymi punktami wywodu Dr. Boetersa przejdziemy do ogólnego rozpatrzenia tego zagadnienia.

Pozbawić płodności możemy trzema sposobami:

1. Sterylizacją,
2. Kastracją,
3. Promieniami Roentgena.

Co się tyczy zabiegu pierwszego, to ten u mężczyzny jest bardzo prosty, polega bowiem na cięciu skórnem i podwiązaniu nasieniowodu bez potrzeby otwierania jamy brzusznej, podczas gdy u kobiety potrzeba wykonać laparotomję, chociaż przy dzisiejszej technice operacyjnej i ten zabieg można uważać za zupełnie bezpieczny. Istotną i dodatnią cechą tego zabiegu jest to, że pozostają nietknięte gruczoły płciowe i niema zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu tychże, a dlatego cechy tak cielesne jak i duchowe danego osobnika pozostają niezmienione. Sharp, który wykonał pierwszą sterylizację w r. 1899 podaje, że operowani są więcej ruchliwi jak przedtem i prędzej mogą się oprzeć samogwałtowi. Kastracja zaś usuwająca gruczoły płciowe pozostawia po sobie daleko idące zmiany i to zależnie od tego czy została wykonana przed czy po czasie pokwitania. W pierwszym przypadku po wytrzebieniu osobnika przed okresem pokwitania występuje niedorozwój narządów płciowych: pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego i prącia u chłopca, zaś u kobiety po usunięciu jajników w wieku młodym nastąpi zmniejszenie pochwy, macicy i powstrzymanie miesiączek. W cechach wtórnych u kobiet nie nastąpią żadne zmiany. U mężczyzn zaś owłosienie na ciele będzie minimalne, tylko bujne na głowie, skóra blada z odcieniem żółtawym, mięśnie wiotkie, wybitne otłuszczenie na brzuchu i pośladkach, głos dziecięcy, opóźnienie kostnienia a co zatem idzie wydłużenie kości i powodowanie wyższego wzrostu.

Kastracja wykonana u mężczyzn po czasie pokwitania wywołuje mniejsze zmiany: zmniejszenie gruczołu krokowego, skóra dostaje jaśniejszy odcień, owłosienie głowy niema tendencji do wypadania, podczas gdy reszta owłosienia zanika. Popęd płciowy pozostaje, lecz z biegiem lat powoli zanika. U kobiet usunięcie jajników w wieku starszym nie daje zmian w narządach płciowych zewnętrznych jak również i minimalne zmiany w cechach płciowych wtórnych.

Kastracja wywołuje wielkie zmiany również w psychice danego osobnika. Pelikan zwraca uwagę, że w życiu duchowem kastratów dają się zauważyć liczne zboczenia od stanu normalnego i to wszystko, co jest podstawową cechą męskiego charakteru, u nich zupełnie się nie rozwija. Opisując zaś życie skopców kastrujących się z fanatyzmu religijnego stwierdza u nich wypadnięcie czasu pokwitania. W tym czasie normalny młodzieniec przeżywa całą gamę nowych uczuć i wyobrażeń, odczuwa skłonność do płci innej, początkowo jako instynktowną potrzebę miłości z równoczesnem obudzeniem się wyższych dążeń duszy; wszystkie te przeżycia dla skopców są obce. Podnosi on obłudny, chytry, egoistyczny i chciwy ich charakter jak również podkreśla u niektórych, pracowitość, gorliwość i punktualność w pracy. Trzeba jednak zaznaczyć, że unikają oni zawodów, które wymagają większej siły cielesnej, gdyż ta po kastracji zanika. Koch stwierdza jeszcze, że daje się u nich zauważyć przedłużenie wieku dziecięcego i przedwczesne starzenie się. Co się tyczy wpływu kastracji na psychikę kobiety w jej wieku dojrzałym, są najrozmaitsze zapatrywania i obserwacje. Jedni podnoszą, że zmiany w ustroju kobiety są podobne do klimakterycznych i to tem więcej im kobieta znajduje się bliżej tego wieku. Pfister podaje, że kastrowane kobiety są więcej drażliwe, skarżą się na bóle głowy, które są podobne do migreny. Fischer zaś wspomina o wymiotach, neuralgjach poszczególnych nerwów, zwłaszcza zwoju lędźwiowego i chronicznej chrypce. Psychozy zdarzały się rzadko. Oprócz tego opierając się na przykładach stwierdza Fischer, iż po kastracji występują typowe napady epileptyczne. Przeciwnie zaś inni autorzy (Frank, Krömer) podają, że w przebiegu epilepsji dają się zauważyć po kastracji znaczne polepszenia, a nawet wyleczenia. Co do zmiany temperamentu, to Fischer jest zdania, że typy wysokie eunuchów są przeważnie skłonne do antysocjalnych wystąpień, podczas gdy typy niskie z obfitą podściółką tłuszczową wykazują więcej znamion epileptycznych.

Promienie Roentgena działające na dojrzewające pęcherzyki Graf'a i spermatogonje jak również jako zabieg bezkrwawy byłyby najwygodniejsze, lecz dają często krótkotrwałe i przemijające wyniki, z tego też powodu nie są brane pod uwagę w piśmiennictwie omawiającem to zagadnienie.

Cel w jakim będziemy wykonywali pierwszą czy drugą operację może być różnorodny: terapeutyczny, gospodarczy, policyjny, socjalny i eugeniczny. Bardzo rzadko występuje tylko jeden z nich, najczęściej wikłają się nawzajem występując niekiedy najmniej dwa razem.

Terapeutyczny cel kastracji podnoszono w skutecznem leczeniu epilepsji o czem wspomina również Dr. Boeters opierając się na przykładach amerykańskich. Weber wątpi w skuteczność tego zabiegu, gdyż nie znamy dotychczas gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, któryby powodował napady epileptyczne. Przyjmując nawet, że zaburzenia w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu wywołują owe napady epileptyczne, nie możemy z góry powiedzieć, że właśnie powodem tego jest dysfunkcja gruczołów płciowych. Z drugiej strony znowu mamy zdania (Fischer), że kastracja nietylko nie usuwała tych napadów, ale wywoływała je u osobników, którzy nietylko sami nie mieli epilepsji, lecz i ich bliższa i dalsza rodzina była wolną od tego cierpienia. Oberholzer wspomina o prostytutce cierpiącej na epilepsję, która mimo kastracji z powodu ciężkich napadów epileptycznych powróciła do zakładu. Podnoszono również zalety lecznicze kastracji w stanach podniecenia u psychicznie chorych, którzy po operacji uspokajali się, powracali do pracy i opuszczali zakłady jako zdolni do wykonywania pracy zawodowej. Wiemy zaś, że stany podniecenia występują przy wszystkich formach schorzeń psychicznych jak: epilepsji, manji, paraliżu postępującym, schizofrenji, katatonji i przy wrodzonym niedorozwoju umysłu. Trudno więc jest przypuścić, by przyczyną wszystkich tych schorzeń były gruczoły płciowe. Jedynie u schizophreników zauważono pewien związek między dysfunkcją gruczołów płciowych a stanami podniecenia lecz do ostatecznych i pewnych wyników jeszcze nie doprowadzono. Wynikałoby z powyższego, że cel terapeutyczny kastracji jest na razie conajmniej problematyczny.

Kastracja możliwa jest do wykonania teoretycznie tak u mężczyzn jak i u kobiet. Jeżeli więc wogóle mówić o kastracji, to pierwszych zdawałoby się przedewszystkiem należy kastrować w przypadkach przestępstw seksualnych. W tych przypadkach jednak należałoby przeprowadzić ścisłą segregację poszczególnych przypadków, biorąc pod uwagę stan psychiczny danych osób jak również ich własną chęć do naprawy swych wystąpień antysocjalnych. Jeśli więc osobnik ten, mimo, iż sam będzie się starał pozbyć danych skłonności to będąc psychicznie obarczony, więc skłonny także do innych przestępstw, musiałby być izolowany, a temsamem byłaby kastracja zbyteczna. Znaną jest rzeczą, że mimo kastracji popęd płciowy będąc pod przemożnym wpływem psychicznym utrzymuje się czas dłuższy a erekcja nawet niekiedy do lat 10-ciu. Stosując więc kastrację, miniemy się w tym przypadku z zamierzonym celem. Oberholzer podaje wyniki kastracji u trzech homoseksualistów ze wzmożonym i częściowo perwersyjnym popędem płciowym. U dwóch popęd płciowy częściowo utrzymał się, jeden z nich wszedł w związek małżeński i perwersyjność popędu płciowego znikła. Jednak są to na tyle przypadki rzadkie, że wyprowadzenie z nich reguły byłoby może dość ryzykowne i przedwczesne. U kobiet kastracja wchodziłaby w rachubę przy psychozach menstruacyjnych, stanach manjakalnych, lecz w tych przypadkach, jak uczy doświadczenie, można skutecznie posługiwać się promieniami Roentgena. Szwajcarskie doświadczenia z kastracją wykazują, że kastraci, zwolnieni z zakładu, przez pewien czas pracowali w swoim zawodzie, lecz z powodu ponownie powtarzających się stanów podniecenia musieli z powrotem do zakładu powrócić. Magnus i Hirschfeld widzą w kastracji w stosunku do przestępców seksualnych i przy perwersyjnym popędzie płciowym *„ultimum refugium"*, tylko po wyczerpaniu wszystkich innych środków. Opierając się zaś na obserwacjach Fischera, że często kastraci po operacji stają się więcej agresywni, złośliwi, wybuchowi, niedowierzający, popędliwi, brutalni, leniwi i że często występują u nich typowe napady epileptyczne, nie można dopatrzeć się rzeczywistego celu kastracji, która przez ewentualne zmniejszenie popędu płciowego zmniejszy przekroczenia seksualne pogłębiając często inne skłonności antysocjalne, z powodu których dany osobnik musi być internowany w zakładzie. Przez jego zaś detencję w zakładzie mimo kastracji nie usuwa się celu gospodarczego, ponieważ społeczeństwo musi znowu łożyć na jego utrzymanie. Kastracja więc powodując daleko idące zmiany psychiczne i fizyczne w ustroju człowieka, dalej trudność oceny każdego poszczególnego przypadku jako nadającego się do operacji jak również wątpliwe osiagnięcie zamierzonego celu i brutalność zabiegu, który w większości przypadków może zaszkodzić, nie może być zupełnie brana pod uwagę.

Jak kastracja również i sterylizacja może być wykonywana tak u mężczyzn jak i u kobiet. Zastanowimy się obecnie czy dojdziemy przez sterylizację przy poszczególnych schorzeniach do zamierzonego celu.

Weźmy pod uwagę najpierw grupę oligophrenji. Jeśli zaczniemy od najwyższego stopnia ograniczenia umysłu to jest idjotyzmu, dojdziemy do wniosku, że osobnika tego napewno nie będzie potrzeba sterylizować ani z punktu widzenia eugeniki ani w żadnym innym celu, gdyż obdarowanie go wolnością nawet po kastracji czy sterylizacji jest niemożliwe, ponieważ nie jest zdolny do życia samodzielnego a więc musi być pod opieką zakładu. Będąc zaś w zakładzie nie przedstawia on niebezpieczeństwa pod żadnym względem, a nawet operowany musi pozostać ciężarem dla społeczeństwa.

Przytępieni umysłowo zaś *(imbecillitas)*, nie posiadając pojęć etycznych, są skłonni do silnych afektów, będąc kierowani instyiktami niższego gatunku dopuszczają się czynów karygodnych i stając się niebezpiecznymi dla swego otoczenia muszą również być oddawani do zakładów. Sterylizacja zaś w celu obdarowania ich wolnością, tem największem dobrem człowieka, nie może wchodzić w rachubę, gdyż przytępieni umysłowo w dużej większości procentów również nie zapracują nawet na swe utrzymanie, a przytrzymanie w zakładzie jak uczy obserwacja znoszą znakomicie, zupełnie nietęskniąc do wolności i często nawet mając sposobność nie uciekają.

Najtrudniejsze do oceny byłyby przypadki dotkniętych osłabieniem umysłu *(debilitas)*. W tych więc przypadkach sterylizacja wchodziłaby w rachubę jedynie z punktu eugeniki, gdyż cele gospodarcze, socjalne i inne odpadłyby z powodu tego, że osobnicy ci są po większej części socjalni, zajmują niekiedy nawet stanowiska społeczne, więc wątpliwe jest czyby sami zdecydowali się na operację. Przymusowa zaś sterylizacja napewno nie objęłaby wszystkich przypadków, zwłaszcza tych, gdzie osobnicy rozporządzają pewnym majątkiem lub stanowiskiem społecznem. Sterylizacja więc w takim razie objęłaby przeważnie osobników z najniższej klasy społecznej, dając drogę do powstania prawa klasowego. To samo mniej więcej dotyczyłoby również wielkiej grupy psychopatów i osobników stojących na granicy normalnego stanu psychicznego i jego zboczeń. Na podstawie dzisiejszych wiadomości o dziedziczności nie możemy napewno powiedzieć, że dany osobnik będzie miał potomstwo psychicznie upośledzone. Nie będziemy więc i nie możemy operacji wykonywać „na wszelki wypadek", gdyż takie postępowanie nie zgadzałoby się z celem operacji i etyką lekarską. Działając zaś „na wszelki wypadek" nie obejmiemy jak wyżej wspomniano osobników uspołecznionych i będziemy mieli połowicze rozwiązanie sprawy. Z powodu więc niepewności, czy potomstwo danego osobnika odziedziczy ujemne cechy swego rodzica lub będzie normalne, z powodu trudnego wyboru danych jednostek, z powodu niejako trudności diagnostycznych w poszczególnych przypadkach nie możemy podejmować operacji ze względu na brak pewności czy dana operacja jest konieczną.

Epilepsja jest przez amerykańskich autorów zaliczana do tego rodzaju schorzeń, przy których sprawa sterylizacji z powodu jakoby łatwej dziedziczności, powinna być zapewniona i uregulowana przez odpowiednie ustawy prawne; a przecież epileptycy nie pochodzą jedynie z rodziców epileptyków, również z nerwowo i psychicznie chorych jak i alkoholików. W e c k podaje wysoki procent patologicznej dziedziczności, który dochodzi do 91%, w przypadku gdy jeden z małżonków jest epileptyk a drugi psychopata. Ten 91% nie obejmuje wyłacznie samych epileptyków lecz wogóle osobników mniej wartościowych. W przeciwieństwie do tej cyfry inni autorzy jak K l a u s, H o f f m a n, T h o m i W a l k e r, C o l l i n s podają procent dziedziczności od 7 do 14%. O b e r h o l z e r zaś na podstawie obserwacji podaje, że w czwartej generacji następuje wygaśnięcie epilepsji. Z powodu tak różnych wyników co do dziedziczności nie możemy mieć pewnej podstawy, kiedy i w jakim przypadku należy przeprowadzić sterylizację, którą należałoby również rozszerzyć i na psychopatów, alkoholików psychicznie chorych, z których mogą rodzić się epileptycy. Uregulowanie tej sprawy przez odpowiednie ustawy byłoby z wyżej przytoczonych powodów bardzo trudne i może nawet niemożliwe. Opierając się na spostrzeżeniach O b e r h o l z e r a, że epilepsja wygasa już w czwartej generacji, nie możemy operować osób, które cierpiąc na tę chorobę są jednostkami społecznemi pracują na swe rodziny a niekiedy nawet są jednostkami wybitnemi i niekoniecznie muszą mieć potomstwo niedołężne. Jednostki zaś z daleko posuniętem upośledzeniem psychicznem przy epilepsji są prawie z reguły umieszczone w zakładach, więc w tych przypadkach sterylizacja jest tembardziej zbyteczna. Z punktu widzenia terapeutycznego wchodziłaby w rachubę kastracja, którą omówiliśmy poprzednio. Wyżej podane uwagi dotyczące postępowania operacyjnego przy epilepsji są charakterystyczne i dla innych schorzeń psychicznych. Według B l e u l e r a 75% z tychże schorzeń zajmuje schizophrenja co również mniej więcej daje się zauważyć i w naszych zakładach. Omówimy więc po krótce tę jednostkę. Również i tutaj M i n k o w s c y stwierdzają, że ze strony natury daje się zauważyć dążność do samowyleczenia, gdyż w trzeciej generacji pewnej rodziny na 35 osób było chorych 7, a już w 6-tej generacji na 66 osób była chora tylko jedna. Dalej przypuszcza się, że ostro przebiegająca schizofrenja z długiemi remisjami nie jest dziedziczną. Opierając się nawet na teorji M e n d l a można przypuścić, że schizophrenik może zrodzić cyklothymika, który to osobnik jest często jednostką społeczną a tem samem nie jest ciężarem społeczeństwa i może mieć potomstwo zupełnie zdrowe lub o charakterze schizothymicznym, które również nie musi być aspołecznem. Może nawet tenże cyklothymik zrodzić schizophrenika lecz to nie jest regułą, a że nie jest regułą nie możemy znowu przedsiębrać niekoniecznej operacji. Weźmy przykład z życia: rodzina składająca się z rodziców i trojga dzieci, oddaje ojca do zakładu z powodu ataku późnej schizophrenji, dzieci są w wieku między 12 a 16 rokiem zupełnie zdrowe, psychicznie normalne, robią dobre postępy w naukach, czy zarządzimy u nich sterylizację?

Poważne pod tym względem czyniono zarzuty alkoholikom, iż ci rodzą chore i niedołężne potomstwo. Nie jest znowu rzeczą pewną o ile alkohol uszkadza komórki zarodkowe, gdyż mamy przykłady gdzie alkoholicy rodzili genjuszy z pośród których wybija się Ludwik Beethoven, którego ojciec był alkoholikiem. W stosunku do alkoholizmu, dokładnie nie wiadomo, co odgrywa większą rolę, czy samo dziedziczenie alkoholizmu, czy wychowanie dzieci w środowisku alkoholików, bo przecież przyzwyczajenie, jest drugą naturą.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, w żadnym przypadku nie jesteśmy w stanie z punktu widzenia dziedziczności dokładnie określić, czy dany osobnik zrodzi potomstwo chore czy zdrowe, nie możemy więc polecać operacji nie mając pewności, że zapobiegniemy zrodzeniu się potomstwa niedołężnego i aspołecznego, gdy istnieje możliwość równoczesnego spłodzenia osobników pełnowartościowych. Wykonując operację dla jakiegokolwiek innego wyżej wymienionego celu, osiągniemy jeden cel, lecz nie osiągniemy drugiego. Osobnik bowiem taki może popaść w konflikt z prawem, z powodu jakichkolwiek czynów karygodnych i trafi jeśli nie do więzienia to do zakładu, a pozostając czy tu czy tam, zawsze będzie ciężarem społeczeństwa. W końcu wypada nadmienić, że również rodzice zdrowi mogą zrodzić niedołężnych matołków lub psychopatów, niezdolnych do samodzielnego życia, którzy muszą być izolowani od społeczeństwa pełnowartościowego i pozostać jego ciężarem. W jaki sposób zapobiegniemy w tych przypadkach?

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Marja SKOKOWSKA - RUDOLFOWA. Warszawa.

Uzdrowiska dla chorych gruźliczych *).

Na posiedzeniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 30. IV. 1928 r. uchwalono poruczenie rozważania sprawy odosabniania chorych gruźliczych w uzdrowiskach właściwej sekcji i przekazanie tej sekcji zgłoszonych w toku dyskusji wniosków.

Na zebraniu tem został zgłoszony przez Departament Służby Zdrowia referat, (opracowany przez dra Marję Skokowską - Rudolfową), w którym stwierdzono, że sprawę należy uważać za ważną i pilną, przedstawiono najważniejsze zarządzenia, jakie dotąd zostały opracowane: zasadnicza ustawa o uzdrowiskach, uzupełniona w roku 1928, utworzenie okręgów sanitarnych w niektórych miejscowościach, opracowanie planu regulacyjnego Zakopanego oraz poddano pod dyskusję następujące propozycje:

1) utworzenie okręgów sanitarnych z miejscowości górskich i podgórskich, do których jest znaczny napływ chorych gruźliczych, 2) utworzenie tam komisyj uzdrowiskowych, 3) opracowanie planów regulacyjnych tych miejscowości, 4) opracowanie wzorowych przepisów sanitarnych dla miejscowości, skupiających chorych gruźliczych, ze szczególnem podkreśleniem konieczności

---

*) Referat wygłoszony na zebraniu sekcji przeciwgruźliczej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia.

zgłaszania nietylko przypadków stwierdzonej gruźlicy, lecz i podejrzanych, dostarczanie bezpłatnych dezynfekcyj i urządzeń rozpoznawczych, odpowiedniego urządzenia zakładów, przyjmujących chorych gruźliczych, 5) utworzenie w miejscowościach klimatycznych przychodni przeciwgruźliczych, które miałyby pod opieką chorych na gruźlicę i podejrzanych, 6) popieranie budowy i utrzymania szpitali i sanatorjów typu ludowego, wznoszonych w dzielnicach sanatoryjnych w celu dostarczenia dobrych i tanich pomieszczeń dla chorych na gruźlicę.

W dyskusji nad referatem zostały wysunięte następujące postulaty:

1) Należy wpłynąć na ogół lekarzy, aby uświadamiali chorych, że mogą leczyć się we własnym klimacie; w ten sposób w znacznej mierze zostałyby odciążone uzdrowiska górskie i podgórskie, — a także, aby kierowali chorych tam, gdzie istnieją odpowiednie zakłady.

2) Należy unormować i skierować odpowiednio ruch turystyczny, oddzielając go całkowicie od ruchu sanatoryjnego.

3) Należy położyć nacisk na budowę sanatorjów wogóle, a szczególnie tam, dokąd chorzy gruźliczy już są kierowani. Kasy Chorych winny budować sanatorja blisko miast.

4) Należałoby wprowadzić przymusową dezynfekcję w uzdrowiskach, stacjach klimatycznych i letniskach po każdej zmianie kuracjuszów, czy letników.

Traktując zagadnienie realnie, należałoby omówić sprawę organizacji tych uzdrowisk, które już obecnie mają charakter stacyj klimatycznych dla chorych na gruźlicę i zostały uznane za uzdrowiska, posiadając charakter użyteczności publicznej. Należy przypomnieć, że zgodnie z ustawą o uzdrowiskach z dnia 23. IV. 1922 i 22. III. 1928 uzdrowisko może być uznane za posiadające charakter użyteczności publicznej, jeżeli posiada (między innemi) „wyjątkowe warunki klimatyczne“, „znajduje się w miejscowości, w której niema poważnych przeszkód do zabezpieczenia niezbędnych warunków sanitarnych i posiada konieczne urządzenia zdrowotne i lecznicze“ (art. 4). W art. 5 wymienione są konieczne urządzenia zdrowotne, niezbędne dla zaopatrzenia w dobrą wodę do picia, usuwania nieczystości, pomieszczenie izolacyjne, urządzenia do odkażania, dom przedpogrzebowy.

Obowiązkiem uzdrowiska o charakterze użyteczności publicznej jest mieć (art. 10) a) własny statut, b) plan zabudowania (regulacyjny). Statut oznaczy granice uzdrowiska, granice okręgu sanitarnego (względnie górniczego), organizację komisji uzdrowiskowej. Uzdrowisko, mając charakter użyteczności publicznej, korzysta ze specjalnej opieki Państwa, a także ma prawo do korzystania z pomocy ze strony Skarbu Państwa przy wprowadzaniu urządzeń zdrowotnych (art. 8).

Dotąd 25 uzdrowisk zostało uznanych za posiadające charakter użyteczności publicznej: Druskienniki, Busko, Ojców, Solec, Krzeszowice, Krynica, Truskawiec, Rabka, Swoszowice, Szczawnica, Zakopane, Żegiestów, Nałęczów, Iwonicz, Lubień Wielki, Rymanów, Szkło, Burkut, Jaremcze, Morszyn, Worochta, Zaleszczyki, Inowrocław, Ciechocinek, Otwock.

Zwężając omówienie zagadnienia jeszcze bardziej, należałoby zastanowić się nad temi z pośród wymienionych uzdrowisk, które stały się już tradycyjnie stacjami klimatycznemi dla chorych na gruźlicę, a więc w pierwszym rzędzie Zakopane, Worochta, Szczawnica, Otwock.

Podstawą prawną do uporządkowania stosunków w uzdrowisku jest jego statut i uzupełniające go przepisy sanitarne.

Otwock dotąd kompletnego statutu niema. Statut Zakopanego nie odbiega od normalnego statutu, którego wzór został podany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 19. XI. 1923 r. Natomiast przepisy sanitarne, wydane w sierpniu 1924 r., są przedawnione i zawierają np. podział sanatorjów i pensjonatów na zakłady dla gruźlicy otwartej i gruźlicy zamkniętej, nie zawierają żadnych ułatwień diagnostycznych, jak np. obowiązku dostarczania przez gminy bezpłatnego badania plwociny, wreszcie obowiązek zgłaszania jest ograniczony tylko do lekarzy.

Miejscowości klimatyczne szwajcarskie, np. Leysin i Davos, mają szczegółowe przepisy sanitarne (réglement d'hygiène), gdzie największy nacisk położono na: 1) zakaz plucia, 2) obowiązek każdego chorego na płuca (tout malade de poitrine) noszenia przy sobie spluwaczki kieszonkowej, 3) dezynfekcję po każdym chorym, przytem właściciele mieszkań obowiązani są zawiadomić w ciągu 24-ch godzin o wyjeździe chorego, 4) kliniki, sanatorja i pensjonaty, które przyjmują chorych na gruźlicę, są obowiązane mieć wszystkie urządzenia, niezbędne dla dezynfekcji materjału zakaźnego (produits infectieux). Te zakłady posiadają lekarza, odpowiedzialnego za środki dezynfekcyjne.

Wobec tego, że mowa tu nawet o pensjonatach, przyjmujących chorych na gruźlicę i posiadających odpowiednie urządzenia, należy zaznaczyć, że u nas nawet duże sanatorja, jedyne w swoim rodzaju ze względu na kategorję społeczną chorych, mają w swoim regulaminie zakaz przyjmowania chorych „z gruźlicą otwartą“. Są to: sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem i sanatorjum Kasy Chorych w Worochcie. W ten sposób chorzy prywatni są pozbawieni dużego komfortowego zakładu, jakim jest sanatorjum Czerwonego Krzyża, odpadło również sanatorjum Dłuskich, pozostaje zatem lokowanie chorych po pensjonatach, które również „w zasadzie“ chorych nie przyjmują.

Kasa Chorych okręgu stanisławowskiego, o ile wiadomo, nie posiada innego sanatorjum dla chorych z gruźlicą otwartą, można jednak z wielką dozą pewności twierdzić, że zarówno w obu tych sanatorjach, nie mówiąc o pensjonatach, są chorzy prątkujący, jednocześnie zastrzeżenie regulaminowe o nieprzyjmowaniu takich chorych zwalnia te zakłady od urządzeń, potrzebnych dla dezynfekcji i sterylizacji. Stwarza się fikcję, szkodliwą dla publiczności leczącej się i dla opinji zakładów. Wydaje się, że regulamin takich zakładów należałoby zmienić, żądając od nich wprowadzenia odpowiednich urządzeń. Należy zaznaczyć, że przepisy dodatkowe ogólne i dotyczące urządzenia zakładów dla chorych gruźliczych w niczem nie naruszają obowiązku posiadania statutów uzdrowisk i ich treści: byłyby one jedynie uzupełnieniem statutu dla uzdrowisk o charakterze specjalnym dla płucnych chorych.

Zwalczanie zagruźliczenia w danem uzdrowisku jest nie do pomyślenia bez miejscowej sprężystej organizacji, której ośrodkiem byłaby przychodnia przeciwgruźlicza, wzorowo zorganizowana i związana z sanatorjum o typie ludowym. Każdy, przyjeżdżający na kurację lub odpoczynek, byłby obowiązany mieć świadectwo instytucji, uprawnionej do wydawania takich świadectw, że jest wolny od gruźlicy, albo znajdować się pod obserwacją miejscowego lekarza-specjalisty, albo znaleść się pod opieką miejscowej przychodni. Obawa, że podobny rygor mógłby zrazić turystów, a szczególnie cudzoziemców, nie jest uzasadniona, gdyż wszyscy przyjezdni znajdując się w ewidencji gminy, mogą być przez lekarza uzdrowiskowego odpowiednio kwalifikowani; jeśli to są np. obozy czy wycieczki turystyczne czy krajoznawcze lub cudzoziemcy, przyjeżdżający w celach rozrywkowych, mogą być od tego obowiązku zwolnieni. Wydaje się jednak, że pociągnięcie nawet cudzoziemców do obowiązkowego badania klinicznego mogłoby wzbudzić tylko uznanie dla zarządzeń sanitarnych w Polsce. Czesi np. odważyli się zgłosić projekt zamknięcia zupełnego niektórych wysokogórskich uzdrowisk dla ruchu turystycznego. Dalej — zwalczanie zagruźliczenia uzdrowisk wymaga odciążenia niektórych z pośród nich. W Zakopanem np. przyjezdni tylko w nieznacznej mierze pochodzą z województwa krakowskiego (w r. 1927 ogólna frekwencja 42,574 osoby zdrowe i chore, w tem 639 cudzoziemców, 5,010 osób z woj. krakowskiego, czyli 12%). Najwięcej przysłało województwo łódzkie, potem Warszawa. Przypuszczalnie stosunek chorych jest mniej więcej taki sam. Wydaje się, że dla odciążenia Zakopanego i dla obsłużenia samego województwa krakowskiego potrzebne byłoby wskazanie jakiejś łatwo dostępnej miejscowości o warunkach, odpowiednich dla stacji klimatycznej podgórskiej.

Towarzystwo Podhalan, które znajduje się z nami w kontakcie, wysunęło projekt rozbudowy zakładów leczniczych dla gruźlicy w Nowym Targu na stoku południowym tamtejszego pasma górskiego.

Wogóle postulaty tego towarzystwa winny być wzięte pod uwagę. Zostały one zgłoszone w memorjale towarzystwa, złożonym Departamentowi Służby Zdrowia i żądają: a) propagandy wśród ludności góralskiej, b) organizacji stałych i ruchomych przychodni przeciwgruźliczych, c) bezpłatnej dezynfekcji, d) strefowania miejscowości kuracyjnych, e) budowy zakładów leczniczych dla ludności góralskiej, chorej na gruźlicę w Nowym Targu i Jabłonce na Orawie.

Jednem z najsłuszniejszych żądań jest strefowanie, czyli opracowanie planów regulacyjnych. Ministerstwo Robót Publicznych nie zatwierdziło planu regulacyjnego Zakopanego. Pozostałe uzdrowiska planów regulacyjnych nie mają. Tendencją Departamentu Służby Zdrowia byłoby zainicjowanie rozpoczęcia prac w tym kierunku. Największą trudność przedstawia kwestja finansowania tych robót. Obowiązek ten obciąża komisje uzdrowiskowe. Większość uzdrowisk nie mogłaby sama ponieść związanych z pracami regulacyjnemi wydatków.

Wreszcie należy przypomnieć, że na poprzedniem zebraniu była w referacie podniesiona sprawa przejazdu chorych gruźliczych do uzdrowisk. W roku zeszłym i na początku roku bieżą-

cego Departament Służby Zdrowia zainicjował i przeprowadził zbieranie prób plwocin i kurzu w wagonach kolejowych na linji Warszawa - Otwock. Próbki plwocin były zbierane przez słuchaczów medycyny, kurz, wyciągany elektroluksem, nadsyłała dyrekcja kolei warszawskiej. Zebrano przeszło 150 plwocin i znaleziono w tem znaczną ilość plwocin z prątkami; o wynikach zastrzykiwania wyciągu z kurzu świnkom morskim jeszcze nic powiedzieć nie można.

Ten stan rzeczy nie może pozostać obojętnym i wymaga również zastanowienia się.

OCENA.

August Reuss: *Säuglingsernährung*. Wiedeń-Berlin. J. Springer 1929 str. 98 z 8 rycinami (Bücher der ärztlichen Praxis. Nr. 13).

Odżywianie niemowlęcia jest głównem zagadnieniem pedjatrji i przedmiotem licznych dociekań, opartych o spostrzeżenia kliniczne oraz prace eksperymentalne. Odnośna literatura z lat ostatnich tak wzrasta, iż niepodobieństwem byłoby omawiać w pracy przeznaczonej dla lekarza praktyka wszystkie kierunki i zapatrywania w tej dziedzinie obecnie panujące. Zadanie więc swe ograniczył autor do podania wskazań i dróg, które na podstawie wyników dotychczasowych badań i jego własnego doświadczenia okazały się najodpowiedniejszemi. Materjał podzielił na rozdziały: karmienie noworodka piersią w okolicznościach sprzyjających i przy trudnościach wyłaniających się w tym okresie, odżywianie sztuczne, karmienie w pierwszem i drugiem półroczu piersią, dokarmianie, żywienie sztuczne, odżywianie we wczesnym dzieciństwie, wreszcie odżywianie wcześniaków. Praktyk znajdzie w tem dziełku mnóstwo trafnych porad również i do lżejszych stanów zaburzeń w odżywianiu odnoszących się, pozna sposoby określania ilości pokarmów, rozcieńczeń, przygotowywania mieszanek itd., niebezpieczeństwa przekarmiania i niedokarmiania. Autor podkreślił też wszędzie dbałość o ogólną higjenę niemowlęcia, dopiero bowiem w ramach tejże można odżywianie odpowiednio normować.

Książka dla prowadzących poradnie dla niemowląt potrzebna, zwłaszcza, że równie zwięzłej a treściwej w języku polskim jeszcze nie posiadamy.

Józef Fritz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 8, z 21 lutego 1929: M. Szour: O zatorach i zakrzepach tętnicy płucnej w przebiegu wyrównanych wad zastawkowych serca. — E. Żera: Przyczynek do stosowania strofantyny. — J. Pinczewski: Ciśnienie płynu mózgowo - rdzeniowego i jego znaczenie kliniczne (streszczenie zbior. dok.). — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce. — M. Landsberg: Ferdynand Widal.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 8, z 24 lutego 1929: J. Kaulbersz: Wyciąg z czosnku i rosiczki jako środki sercowo-naczyniowe. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Klinika dentystyczna, rok XXIV, nr. 1—2, za styczeń i luty 1929: Tomaszek: W sprawie zakażeń ogólnych z przyczyn okołozębowych. — Sołowicow i Winogradowa: Czynnik rasowy w t. zw. ropowiaku zębodołowym. — Kwaśniewski: Obraz krwi w schorzeniu jamy ustnej.

Rocznik Psychjatryczny, zeszyt IX, r. 1929: R. Radziwiłłowicz: Doświadczalne i pozadoświadczalne w psychjatrji. — J. Morawski: Dziedziczność w padaczce. — K. Orzechowski: Klinika i patogeneza padaczki. — Wł. Sterling: Pogranicze padaczki. — J. Nelken: Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo - lekarskie. — Ig. Fuhrman: Program wywyszkolenia personalu psychjatrycznego.

Dziecko i matka: rok IV, nr. 4, z r. 1929: Al. Maliszewski: Wiersz o mrozie. — T. Witwicki: Początki rysunków u dzieci. M. Benisławska: Zapoznawanie nowych wartości. — F. Kruszewska: Przyjemny Pan. — H. Duninówna: Wychowawcze wskazania przeszłości. — B. Pałasiński: Dzienniczek matki. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — Dr. T. Ciosłowski: Znaczenie szczepień ochronnych Calmette'a. — Dr. Fr. Ks. Cieszyński: Wzbieranie gruczołów piersiowych i krwawienie z pochwy u noworodków. — M. Biehler: Waga.

Medycyna, rok III, nr. 6, z 12 lutego 1929: Sew. Cytronberg: Kilka niezbędnych dla lekarza współczesnego wiadomości z zakresu chemji fizycznej i koloidowej. — Ew. Bogacka: Przyczynek do sprawy nosicielstwa prątków durowych. — Alf. Galewski: Przemiana fosforowa w ustroju ludzkim.

Przegląd Dermatologiczny, tom XXIV, nr. 1, r. 1929: Jan. Romanowa: Pyodermia chronica ulcerosa et vegetans. — Tad. Chorążek: Przetwory złota w lecznictwie rumienia toczniowego. Tad. Chorążek i St. Ostrowski: Choroba Fox-Ferdyce'a. — F. Goldschlag: Summerprurigo (Hutchinson). — Mar. Grzybowski: Alergja skóry w przebiegu kiły. — A. Ettinger: O zapaleniach rzeżączkowych stawów i pochewek ścięgnistych. — S. Ł. Kwiatkowski: Leczenie rzeżączki dożylnemi wlewaniami urotropiny. — Tad. Dybowski: O farmakodynamice chemoterapji w kile.

Położna, rok II, nr. 3, marzec 1929: Od redakcji. — Dr. Berger: O witaminach i ich znaczeniu dla odżywiana człowieka. — J.: Kinematograf i radio na usługach medycyny. — Dr. Ślączkowa: O alkoholizmie. — St. P.: Książka - towarzysz. — Z praktyki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV/2.

Julius Jarcho: *Uterosalpingografja.* Rentgenologiczne uwidocznienie macicy i jajowodów po podaniu lipjodolu stanowi bardzo dokładny sposób rozpoznawczy. W razie niepłodności umożliwia umiejscowienie niedrożności jajowodu. Technika jest łatwa, ale musi być wykonana w ścisłych warunkach jałowości. Nie może być zastosowana ambulatoryjnie.

Sposób ten jest bezpieczny i nieszkodliwy. Objawów jodzicy autor nie obserwował.

Nicholson Eastman: *Skręt wodniaka jajowodu.*

L. Barnett: *Nowy postęp naszej wiedzy o bąblowcu.*

Thomas Gullen: *Włókniako - tłuszczak naśladujący guz prawej nerki.*

R. Jackson: *Niepowikłane zwichnięcie pierwszego kręgu karkowego przez skręcenie.* Wymienione w tytule zwichnięcie jest częstsze niż się przypuszcza i może być łatwo przeoczone. W przypadkach nie rozpoznanych może przyjść nagle do zejścia śmiertelnego nawet kilka miesięcy i kilka lat po uszkodzeniu *(myelitis).*

Cambell Begg: *Przetoki urachus i nerka.*

Wilder Penfield: *Otorbione guzy systemu nerwowego.*

Meredith Cambell: *Hydrocele.* Zwykłe nakłucie z ewentualnem wstrzykiwaniem płynów drażniących nie daje dobrych wyników. Najlepiej stosować zabieg. Powikłania po zabiegu są najczęściej powodowane krwiakiem z powodu nieodpowiedniego opatrunku i zakażenia. Ilość przeciętna dni szpitalnych u pacjentów autora wynosi 9,4. Na 456 chorych miał autor dwa wypadki śmierci raz po zabiegu, drugi raz po nakłuciu (zapalenie płuc).

Chirurgja kliniczna.

J. Deaver: *Zespolenie żołądkowo - jelitowe.*

E. Neuber: *Technika wycięcia żołądka.*

R. Sullivan i A. Fraser: *Nowotwory wychodzące z glomerulus carot.*

W. Cambell: *Pozastawowe usztywnienie stawu krzyżowo-biodrowego.*

W. Cubbins i A. Conley: *Uszkodzenie łąkotek.*

H. Young: *Usunięcie przetoki pęcherzowo - pochwowej.*

M. Douglass: *Chirurgiczne leczenie tyłozgięcia macicy.*

A. Turenne: *Wskazania do zabiegu w połogowej thrombophlebitis pelvica.*

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo czeskie.

Ćasopis lékaru ćeskych.

Nr. 2. 1929.

As. Dr. B r u m l i k: *Miażdżyca małego krwiobiegu.* Miażdżyca tętnicy płucnej, uważana za chorobę wyjątkową i rzadką, jest w rzeczywistości schorzeniem stosunkowo często spotykanem (Posselt, Vienoseno, Andral, Lowis, Giroux, Maixner, Neumann i inni). Do symptomatologji tej choroby należy szereg objawów, z którymi spotykamy się i w schorzeniach innych, sercowych, płuc i krwi, nigdy jednak z taką wyrazistością. Z objawów przedmiotowych, jak ciężka sinica twarzy i kończyn, polyglobulja i przerost serca prawego, obok zmian roentgenologicznych; podmiotowo skarżą się chorzy na duszność i dolegliwości polyglobulją wywołane (senność, ból głowy, oczu). Z reguły dołącza się kaszel, niekiedy krwioplucie. W okresach późniejszych występują objawy niedomogi serca, szczególnie prawego (obrzęki, zastój żyły wrotnej i krwiobiegu małego). Szczególniejszą wartość rozpoznawczą posiadają wywiady. Rozpoznanie trafne zależy od doświadczenia i dobrego obrazu roentgenologicznego. Zwężenia małych tętnic wywołują najcięższe, przewlekłe sinice. Stwardnienie większych naczyń nie stawia krążeniu znaczniejszych przeszkód, pozostaje zatem bez objawów podmiotowych (a oprócz Roentgena) i przedmiotowych. Pierwotne stwardnienie tętnicy płucnej występuje rzadko a rozpoznanie możliwe jest po wyłączeniu wszystkich możliwości, mogących być przyczyną procesu wtórnego. Stwardnienie wtórne towarzyszy chorobom, wywołującym wzmożenie ciśnienia w krwiobiegu płucnym (zwężenie ujścia żylnego lewego, wrodzone wady serca it. d.). Stwardnienie następowe tłumaczy się zwyrodnieniem albo przystosowaniem się ściany naczynia do zmienionego ciśnienia krwi. Trudniej daje się wyjaśnić powstanie sklerozy tętnicy płucnej w przypadkach przewlekłych nieżytów oskrzeli albo grzybicy kropidlakowej płuc (Aspergillosis), w których nie spotykamy się ze wzrostem ciśnienia. Z różnych poglądów (Ljungdahl, Saltykow, Thomas) przyjmuje autor jako przyczynę, przejście procesu zapalnego i zakaźnego ze sąsiedztwa na ściany naczynia; przerost prawego serca kładzie na karb wzmożonego ciśnienia, wywołanego utratą włókien elastycznych w ścianach stwardniałych.

Dr. V. M a n d l e r: *Wrzód żołądka a prawo Baylissa i Starlinga.* Bayliss i Starling wykazali doświadczalnie, że podrażnienie jelit wywołuje: a) powyżej miejsca podrażnionego pobudzenie mięśniowe (ekscitację), hypertonję, b) poniżej zaś mięśniowe zleniwienie, hypotonję. To rozkojarzenie pomiędzy napięciem mięśniowem nad i pod miejscem podrażnionem nazywa się prawem Bayliss - Starlinga. Barsony i Hortobagyi wykazali ważność tego prawa dla dwunastnicy i wrzodu dwunastnicowego. Wedle Barsony'ego jest rentgenologiczny zespół czynnościowy w przypadku wrzodu dwunastnicowego, typowym wyrazem tego prawa. W zespole tym rozróżnić należy dwa główne składniki: 1) pobudzenie mięśniowe części opuszki dwunastnicowej, ułożonej powyżej wrzodu (też i w żołądku). Ekscitacja ta objawia się z reguły hypertonja, hyperperistaltyką i hypermobilitas; rzadziej skurczem okolicznym lub całkowitym, 2) zleniwienie mięśniowe, objawiające się hypotonją części opuszki, ułożonej poniżej wrzodu, większem lub mniejszem zaleganiem treści dwunastniczej. Barsony nazywa ten zespół krótko „prawem dwunastnicowem". Autor sądzi, że prawo to odnosi się również do wrzodu żołądka. Powyżej wrzodu żołądka występuje stale hypertonja, osiągająca szczyt w kurczowem zwężeniu, poniżej hypotonja, dochodząca niekiedy do zupełnego zwiotczenia (atonia) (6 godzinne zaleganie). Autor polemizuje z Haudekiem, dopatrującym się przyczyny tego zjawiska nie w hypotonji lecz w kurczu odźwiernika. (Kaiser widzi w hypotonji predyspozycję dla powstania „medio-gastrycznego" wrzodu, nazywając ją okresem „przed - wrzodowym" (praeulcus)). Wedle Kaisera jest hypotonja i wydłużenie żołądka (elongatio) zjawiskiem pierwotnem, wrzód wtórnym. Autor jest zdania, że wrzód (etjologja obojętna) jest pierwotny, a wydłużenie żołądka zmianą wtórną. Wydłużenie i zleniwienie mięśniowe uzasadnia autor prawem Bayliss - Starlinga (Cramer).

As. Dr. V. M i k u l a s: *Do kwestji nadpochwowej amputacji macicy w przypadku raka.* Najważniejszym argumentem, przemawiającym przeciwko całkowitemu wycięciu macicy jest większa śmiertelność. Na klinice prof. Jeriego operuje się tą metodą i przypadki mniej powikłane. Śmiertelność wynosi 4,56% (z 307 przypadków całkowitego wycięcia macicy, wykonanych od r. 1923 do 1927). Śmiertelność nie odbiegająca zbytnio liczbowo od śmiertelności, występującej po nadpochwowej amputacji macicy. Przy pomocy hysterektomji całkowitej usuwamy z ustroju część narządu mało użyteczną, niebezpieczną zaś dla życia, jako siedlisko złośliwego zwyrodnienia. Chroni nas przed błędem, jakiego dopuszcza się niejeden operator przy nadpochwowej amputacji, pozostawiając w ustroju ognisko nowotworowe. Z polepszeniem techniki operacyjnej, zmniejszy się i pierwotna śmiertelność po całkowitej hysterektomji.

Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo jugosławiańskie.

Medicinski Pregled.

Nr. 7. 1928. Beograd — Zagreb - Ljubljana — Sofia.

A. S e r c e r: *Nieprawidłowe kostnienie narządu gnykowego (hyoidei) jako przyczyna dysphagji, otalgji, i newralgji nerwu trójdzielnego.*

St. I v a n i ć: *Leczenie antygenami.*

M. S e k u l i ć: *Zapalenie prawego górnego płatu płuc.*

St. S i m i ć: *Leczenie gruźlicy otrzewnej promieniami X.*

R. B r a s o v a n: *O raku pierwotnym woreczka żółciowego.*

N. A k a c a t o v: *Zapalenie i jego leczenie z fizyko - chemicznego punktu widzenia.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Nr. 8. 1928. Beograd — Zagreb — Ljubljana — Sofia.

Dj. N e s i ć: *Albrecht v. Graefe. W stuletnią rocznicę.*

M. P r i c a: *Zanieczyszczenie i samooczyszczanie rzeki Sawy w obrębie Zagrzebia.*

M. M i l o v a n o v i ć: *Przyczynek do anatomji patologicznej samobójców.*

W. K r e c h: *Synergizm między przetworami naparstnicy a solami wapnia.*

I. D j u r i c i ć: *Działanie mocznika na odporność ciałek czerwonych.*

Hr. J o k s i m o v i ć: *Rozpowszechnienie gruźlicy w Belgradzie.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Nr. 10. 1929. Beograd--Zagreb—Ljubljana—Sofia.

E. M a y e r h o f e r i M. L y p o l t - K r a j n o w i ć: *Autochtonne występowanie t.zw. plam mongolskich u noworodków ras europejskich.*

J. F l e g e r: *Sprawa objawu pierwotnego, ze względu na mechanizm zakażania kiłą endemiczną w Bośni i Hercegowinie.*

Dr. M i l o j e v i ć: *O znieczuleniu epiduralnem.*

J. P i c a r d: *Aktualne zagadnienia odnośnie padaczki idiopatycznej.*

R. B r a s o v a n: *O transfuzji krwi.*

G. A l k o v i ć: *O hormonie tarczycy, jako środku naczelnym przeciw schorzeniom skóry.*

M. J a k o v l j e v i ć: *Obowiązki naszej pedjatrji w związku z higjeną i ochroną społeczną małych dzieci.*

Przegląd piśmiennictwa. — Sprawy bieżące.

Liječnički Vjesnik.

Nr. 1. 1929.

Dr. L. H e r c o g: *Orzeczenie sądowo - lekarskie w sprawie alkoholika, który zabił żonę.*

Dr. A. J a n i k (Lwów): *W sprawie sączkowania jamy brzusznej po zabiegach na drogach żółciowych.* Autor oświadcza się za sączkowaniem po wycięciu woreczka żółciowego.

Dr. C. B. S t e i n m a n n: *Fizjologja tkanki adenoidalnej.* Tkanka adenoidalna, jest jednakową niezależnie od miejsca w którem się znajduje i ma jednakowe wszędzie zadania. Zatem w którem się znajduje i ma jednakowe wszędzie zadania. Zatem czynności migdałów i wyrostka robaczkowego są jednakie. Ma głównie zadania ochronne. Wytwarza lymphocyty, wydala leukocyty, bakterje, toksyny i substancje szkodliwe, np. wstrzyknięte barwiki. Z tego widać jak celowem jest rozmieszczenie jej wzdłuż narządu trawienia.

Dr. V. C a w k a: *O przyczynach jaskry.*

Polemika. Referaty. Zapiski lecznicze. Oceny. Bibljografja słowiańska.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo rosyjskie.

Wracz. Gaz.

Nr. 10. 1928 r.

Doc. G. A r o n o w i c z (Leningrad): *Neuralgia brachialis i periarthritis humeroscapularis.* Chorzy, cierpiący na bóle w obręczy

barkowej udają się zwykle po poradę do lekarzy internistów lub chirurgów. W przypadkach w których długotrwałe leczenie pozostaje bez skutku, lekarze ci rozpoznają metodą *per exclusionem neuralgia brachialis,* które to rozpoznanie często ma im zastąpić brak klinicznego rozgarnienia w danej sprawie chorobowej. Ustalenie i sprecyzowanie zatem rozpoznania rwy ramiennej przedstawia się w praktyce jako czynnik bardzo ważny. Bóle w obręczy barkowej umiejscowiają się zarówno bezpośrednio w stawie barkowym jak i nazewnątrz, zupełnie niezależnie od usadowienia się samej sprawy chorobowej, która może dotykać wyłącznie stawu bądź tylko tkanek okalających torebkę stawu barkowego. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem stawu barkowego *(omarthritis),* w drugim — z zapaleniem okołostawowem *(periarthritis).* Bóle w tym stawie występują nadto na drodze odruchowej wówczas, gdy sprawa chorobowa umiejscawia się w narządach wewnętrznych (serce, przepona, opłucna, wątroba, woreczek żółciowy). Wreszcie w przypadkach pierwotnych zmian chorobowych układu nerwowego bądź jego układu obwodowego występują bóle neuralgiczne lub neurotyczne. Prawidłowe i przyczynowe leczenie wspomnianych bólów wymaga, jak z powyższego wynika, nader ścisłego zróżniczkowania klinicznego rozpoznania.

O ile monoarthrity najrozmaitszego pochodzenia są stosunkowo rzadką zmianą, o tyle periarthrity często występują w barku, dotykając kaletek maziowych jak np. *bursa subdeltoidea, subacromialis* oraz mięśni, ścięgien i pochewek okalających wspomniany staw. Zadaniem autora jest udostępnienie lekarzowi praktycznemu poznania schorzeń dookoła stawowych, aby był w stanie wykluczyć na przyszłość niezawsze słuszne rozpoznanie — *neuralgia brachialis.*

W ruchach obręczy barkowej biorą udział nietylko trzy stawy *(art. humeroscapularis, art. acromioclavicularis i art. sternoclavicularis),* lecz także liczne tkankowe szczeliny okołostawowe (Nebengelenke), znajdujące się między obręczą barkową a klatką piersiową oraz w przestrzeni między *lig. coracoacromiale* a wewnętrzną powierzchnią mięśnia naramiennego. Owe szczeliny tworzą w sumie swej niejako drugi uzupełniający staw zewnętrzny, który wraz z trzema wspomnianemi stawami zabezpiecza szczytową ruchomość barku. Rzecz oczywista, że zmiany zapalne w tkance okołostawowej ograniczają wydatnie ruchy ramienia. Duplay określa owe schorzenia mianem *periarthritis humero-scapularis.* Pochodzenie omawianej sprawy chorobowej jest zazwyczaj bardzo różnorodne i tak może ona powstać wskutek urazu pojedyńczego bądź częściej powtarzających się, dalej zakażeń przeniesionych drogą krwionośną w przebiegu spraw ropnych, grypy, zapalenia migdałków, próchnicy zębów (oralsepsis), zapalenia płuc, ostrego i przewlekającego się gośćca, chorób przemiany materji (kalkdiathese). Niekiedy jednak nie udaje się wogóle ustalić jakiegoś związku przyczynowego.

Omawiane schorzenie może mieć charakter bądź gwałtowny bądź też przewlekły. W pierwszym rodzaju przypadków zaznacza się silna bolesność wewnętrznej powierzchni ramienia oraz samego barku, wzmagające się zwłaszcza w nocy. Ucisk na chorobowo zmienioną część dodatkowego stawu powoduje znaczną bolesność, natomiast obmacywanie stawu barkowego od strony pachy jest zupełnie bezbolesne. Ostry przebieg *bursitis subdeltoidea* i *subacromialis* cechuje się niekiedy ledwo zaznaczającem się uwypukleniem, bolesnem w dotyku a wówczas ramię zwisa i odziaływa boleśnie nawet na lekkie dotknięcie. W przewlekających się przypadkach ruchy ramienia zwłaszcza przywodzące i odprowadzające są znacznie upośledzone. Próby założenia ramienia na plecy powodują bolesność w *bursa subacromialis.*

Sprawy zapalne dookołastawowe różnią się od zapalenia stawu barkowego, zdaniem autora — ruchami rotacyjnemi oraz wahadłowemi spokojnie zwisającego ramienia, które to ruchy nie powodują bolesności ponieważ źródło ich tkwi w stawie barkowym. Ból zatem towarzyszący takiemu badaniu przemawia raczej za zmianą zapalną samego stawu. W przebiegu periarthritis ból występuje dopiero wtedy, gdy ruchy te wynikają z pracy dodatkowego stawu. Zdjęcia rentgenograficzne wykazują niejednokrotnie u ludzi na pozór zupełnie zdrowych utworzenie się złogów w przestrzeniach dookołostawowych jak np. *bursa subdeltoidea* oraz w sąsiedztwie *tubercul. majus humeri.* Uraz doznany przez takie jednostki powoduje najczęściej powstanie zapalenia kaletek. Zdaniem niektórych autorów owe złogi wapienne (kalkdiathese) stanowią właśnie czynnik usposabiający do powstawania zapalnych zmian okołostawowych.

Przewlekłe stany zapalne tkanki okołostawowej wywodzą się z nieprawidłowo bądź wcale nieleczonych ostrych przypadków zapalenia kaletek a istota ich zasadza się na powstaniu zrostów w tkance okołostawowej. Tego rodzaju przypadki cechują się nieznaczną bolesnością wewnętrznej powierzchni ramienia oraz jego niedowładem. Często jednakże i owe objawy podmiotowe nie dają się zauważyć, albowiem ograniczone te ruchy zostają wyrównane odpowiednio przystosowaną czynnością łopatki (Mitbewegungen). Współwystępujące ruchy łopatki są u niektórych chorych do tego stopnia rozwinięte, że nie zdają sobie sprawę z nieruchomości stawu barkowego. Autor na podstawie własnego spostrzeżenia stwierdzał owe unieruchomienie u chorych, uskarżających się jeno na bóle i niedowład kończyny górnej a to z powou nieświadomości tychże o takim stanie rzeczy. Wreszcie autor zwraca uwagę, że niejednokrotnie zapalenie pochewki ścięgna mięśnia dwugłowego zbliżone jest objawami do rwy ramiennej. Do grupy schorzeń okołostawowych zalicza autor również sprawy zapalne pochewek które jak spostrzeżenia jego stwierdzają dość często występują wśród chorych ambulatoryjnych. Ścisłe rozpoznanie i w tym przypadku posiada nader ważne znaczenie, albowiem każda z tych spraw wymaga zupełnie odmiennego sposobu leczenia. Następujący zespół objawów cechuje sprawę zapalną ścięgien mięśnia dwugłowego a to bóle w ramieniu, które promieniują w stronę szyi i karku następnie rozpowszechniają się wzdłuż wewnętrznej powierzchni ramienia aż do łokcia, sięgające niekiedy palców i nadgarstka. Owe bóle potęgują się zwłaszcza w czasie kurczu mięśnia dwugłowego a mianowicie podczas ruchów ramienia. Uniesienie kończyny górnej do płaszczyzny poziomej bądź nagłe zginanie i prostowanie w stawie łokciowym powoduje bóle w ramieniu i w okolicy podobojczykowej. Przedmiotowo stwierdza się punkty bolesne na wysokości *proc. coracoideus* oraz odpowiednio do przebiegu *sulcus intertubercularis.* Naciskanie bądź opukiwanie brzuśćca mięśnia dwugłowego cechuje się również bolesnością. Natomiast ostrożny ucisk na pęczek nerwowo-naczyniowy od strony wewnętrznej ramienia *(sulcus bicipitalis internus)* nie daje się choremu odczuwać. Jedną z podstawowych przyczyn zapalenia pochewek m. dwugłowego jest przemęczenie wspomnianego mięśnia pracą forsowną, dlatego też zmiany te dotykają przedewszystkiem pracowników fizycznych. Mylne rozpoznanie w takich przypadkach pociągnęło również za sobą nieodpowiednie leczenie a mianowicie stosowano względem takich chorych środki antineuralgiczne oraz fizykalne sposoby leczenia. Tymczasem chorym takim należy zalecić zachowanie zupełnego spokoju i stosować ustalający opatrunek Chorzy tacy winni być również zwolnieni od pracy fizycznej a leczyć ich należy ogrzewającemi okładami na miejscach bolesnych, przyczem należy ustalić położenie ramienia na klatce piersiowej w zgiętej pozycji w łokciu. Sprawy zapalne tkanek okołostawowych leczy się za pomocą przestrzegania spokoju, ustalenia ramienia i stosowania hydro i termoterapji obok lekkiego masażu.

W. J.

Nr. 17.

W. Kondratjew: *Dehelminthyzacja zapomocą zgłębnika dwunastnicowego.* W roku 1927-ym udała się na Sybir 50-ta z rzędu ekspedycja do walki z pasorzytami, ponieważ w niektórych połaciach tego kraju panoszą się nagminnie groźne schorzenia powodowane przez czerwie. Przybywszy na wskazane miejsce komisja stwierdziła makro- i mikroskopowo u 129-ciu chorych obecność czerwi. Chorych tych poddano leczeniu za pomocą *extr. filic. maris,* stosowanego przez zgłębnik dwunastnicowy. Zwykłe podawanie tego środka czerwiogubnego *per os* wymaga odpowiedniego zachowania dłuższej diety, wywołując często następowe wymioty oraz znacznie gorsze ogólne samopoczucie chorych. Taki sposób leczenia skutkuje zresztą wedle Selezniewa zaledwie tylko w 50%. Dlatego posługiwał się autor gumowym zgłębnikiem dwunastnicowym średnicy 4 mm i 120 cm długości, zaopatrzonym w centymetrową podziałkę. Zgłębnik ten kończy się ołowianem zgrubieniem w kształcie oliwki. W przeddzień wprowadzenia zgłębnika poleca się choremu w dwie godziny po spożyciu zwykłej kolacji zażyć 40,0 *inf. fol. sennae (composit. lub salinum).* Sam zabieg przeprowadza się następnego dnia, gdy chory jest na czczo. W celu łatwiejszego wprowadzenia zgłębnika i złagodzenia podmiotowych wrażeń u chorych, którzy z takim zgłębnikiem muszą blisko godzinę leżeć — stosuje autor pędzlowanie krtani za pomocą 3% roztworu *cocaini mur.* Po upływie dalszych 15-tu minut, choremu, siedzącemu na krawędzi łóżka z odrzuconą wtył głową, — poleca się otworzyć usta i wysunąć język a zarazem wypowiedzieć samogłoskę „a". W tej chwili lekarz wprowadza koniec zgłębnika, chory zaś prostując się nieco, stopniowo połyka ten przyrząd aż do punktu — oznaczonego na jego podziałce 50-ym cm. Poczem chory, ułożony na prawym boku pochłania dalsze 20 cm wspomnianego zgłębnika. Bezpośrednio potem usuwa się cała zawartość żołądka za pomocą 10 cm strzykawki Recorda. Z chwilą przedostania się oliwki do dwunastnicy tłok strzykawki wysuwa się już znacz-

nie trudniej a wypompowywana zawartość z domieszką żółci dowodzi, że przyrząd dostał się do dwunastnicy. Po ostatecznem upewnieniu się najrozmaitszemi sposobami, że oliwka znajduje się w dwunastnicy, autor wprowadzał przez zgłębnik 5,0 do 6,5 *extr. filicis maris*, rozcieńczonego 1,0 do 2,5 *aether sulfur*. Następnie przepłukiwał dwukrotnie powietrzem, wytłoczonem ze strzykawki, poczem dopiero wyciągał zgłębnik na zewnątrz. Chory wciąż pozostaje w ułożeniu na prawym boku aż do chwili ustąpienia wszelkich wrażeń podmiotowych. Potem dopiero wolno mu powstać a nadto musi on zażyć 40,0 *inf. fol. sennae*. Autor przytacza następujące ciekawe zestawienia:

Czas w jakim czerwie wydalały się z przewodu pokarmowego	Liczba przypadków
Do 15 minut	1
od 15 minut do 30 minut	9
„ 30 „ „ 45 „	11
„ 45 „ „ 60 „	20
„ 60 „ „ 1 godziny 30 minut	18
„ 1 godziny 30 minut do 2 godzin	21
„ 2 „ „ 3 „	12
„ 3 „ „ 5 „	7
„ 5 „ „ 8 „	4

Rodzaj czerwi	Ilość czerwi	Liczba przypadków
T. saginata	3	1
„ „	2	5
„	1	92
T. solium	1	4
T. saginata i T. solium	1+1	1
Dibothriocephalus latus	1	1

Autor zauważa, że 33% leczonych chorych przeprowadzało już poprzednio kurację przeciwczerwiową *per os*, która jednakowoż nie dała wyniku dodatniego. Z powyższych względów poleca on stosować opisany sposób leczenia, uważając, że dla podmiotowego stanu chorego, jestto sposób nie dający się zastąpić żadnym innym sposobem, albowiem skraca znacznie cały przebieg leczenia i daje stale najpewniejsze wyniki. Ekstrakt, wprowadzony bezpośrednio do dwunastnicy, nie osłabia się wskutek działania soku żołądkowego i działa w stanie skupionym na czerwie. Dzięki temu nawet w dwójnasób zmniejszoną dawką ekstraktu można osiągnąć nader dodatnie wyniki a tem samem wobec znanych właściwości trujących ekstraktu ewentualne zatrucia chorego stają się niemal wykluczone.

z.

Piśmiennictwo węgierskie.

Gyogyaszat.

1928. Nr. 46.

K. Hegedüs: *O żeńskim hormonie płciowym. (A noi sexual hormonrol).* W 45 przypadkach nieregularnych krwawień wstrzykiwano do pośladków sistomensinę, poczynając od 1 cm³. W cięższych przypadkach wstrzykiwano 2 cm³, a w uporczywych podawano oprócz tego 3 razy dziennie po 1—2 kołaczyków. Leczenie odbywało się ambulatoryjnie, a tylko w uporczywych przypadkach należało przepisywać leżenie. Wszystkie przypadki tyczyły się zaburzeń jajnikowych, a zatem wyłączały prawie zupełnie przyczyny anatomiczne.

Z tych 45 przypadków zauważono zupełne ustanie krwawień w 26 razach (57.8%), w 7 przypadkach nastąpiła znaczna poprawa (17.7%), a w 11 przypadkach (24.4%) leczenie sistomensiną skutku pożądanego nie dało, wskutek czego wypadło chwytać się innych środków pomocniczych. Wszystkie dodatnie wyniki tyczyły się przypadków, które reagowały nadzwyczaj szybko, a nawet najobfitsze krwawienia poprawiały się znacznie już po pierwszym zastrzyku sistomensiny, tak iż następnie kilka dawek wystarczyło do zupełnego zatamowania krwi. W tej ogólnej liczbie było 19 przypadków nieregularnej miesiączki. Z nich wyleczono 10, poprawiono 5, a w 4 nie osiągnięto poprawy. Nadto stosowano sistomensinę w nadmiernych, zbyt rzadkich miesiączkach, w krwawieniach zbyt częstych i zbyt obfitych w przedwczesnym okresie przechodowym. Przeważnie następowało wyleczenie lub conajmniej znaczna poprawa. W przypadkach stałych pęcherzyków jajnikowych, w krwawieniach w okresie przekwitania, mięśniakach, hipotyreoidyzmie tylko w niektórych przypadkach zdołano sprowadzić remisję krwawień. W innych przypadkach leczenie zawodziło zupełnie.

Z 41 przypadków braku miesiączki 32 leczono samą agomensiną, 9 agomensiną w połączeniu z sistomensiną. Dziwnem zdaje się być, że sistomensinę używano też do wywoływania krwawień płciowych. Dla wyjaśnienia należy zwrócić uwagę, na wyniki kliniczne otrzymane za pomocą tej kombinacji, a także na dotychczas jeszcze nie wyjaśnioną hipotezę menstruacji. Uhlmann znajduje w sistomensinie hormon pobudzający popęd płciowy, nietylko rozpulchnienie błony śluzowej macicy, a także odradzanie się takowej i że brak tego hormonu powoduje długotrwałe krwawienia z nieodradzalności tej śluzówki. A zatem hormon ten w zasadzie pobudza miesiączkowanie, a pod względem klinicznego działania hamuje takowe.

Z 41 przypadków (36.6%), 15 wykazało wyraźnie dobry skutek, a w 26 (63.4%) zawody. Z tych 26 przypadków, 11 (26.8%) dowiodło niezaprzeczenie skuteczność tego przetworu wobec określonych zgóry objawów, tak, iż przypisywać mu należy poprawę. Nieco korzystniej przedstawia się kombinowane leczenie agomensiną i sistomensiną, wskutek czego do tego postępowania autor przywiązuje wielkie nadzieje. Podawano agomensinę w zastrzykach, o ile było można, codziennie w ciągu kilku miesięcy. Kołaczyki podawano 3 razy dziennie po 1—3 sztuk. Wspomnieć należy, że w wielu przypadkach pomagały same kołaczyki, czego o sistomensinie powiedzieć nie było można.

Z 32 przypadków leczonych agomensiną było 8 dłuższego lub krótszego braku miesiączki, będącego tylko objawem towarzyszącym. Wszystkie te przypadki dobrze reagowały na agomensinę. Nawet chorych, u których brak perjodu był jedynym objawem przedmiotowym zdołano wyleczyć za pomocą agomensiny.

W jednym przypadku, w którym do braku miesiączki przyłączyły się objawy z ubytku, agomensina dała znakomite wyniki; po długiem leczeniu (od 22 marca do 28 kwietnia) codziennemi zastrzykami agomensiny pojawiła się menstruacja i zginęły te objawy, a do końca listopada krwawienia pojawiały się regularnie. Niedostateczność miesiączkowania i zaburzenia w przedwczesnym okresie przekwitania często ulegały wpływowi agomensiny, często jednak pozostawały bez zmian. Bardzo ciekawych jest 9 przypadków leczonych agomensiną w połączeniu z sistomensiną. Z nich 4 przypadki braku, 2 niedostateczności miesiączki uległy wyleczeniu, 3 zaś wypadło zaksięgować na rachunek zawodów. Należy zauważyć, że u jednej chorej z niedostatecznem krwawieniem kombinowane leczenie zastrzykami sprowadziło tak silne krwawienie, że należało następnie podawać wielkie dawki sistomensiny, aby po kilku dniach powstrzymać te krwawienia.

Autor wnioskuje, że 57.8% patologicznych krwawień pochodzenia jajnikowego za pomocą sistomensiny i 36.6% braku miesiączki leczonych samą agomensiną lub w kombinacji obu tych przetworów dało tak pomyślne skutki, jakich nigdyby się nie udało osiągnąć przed epoką hormonoterapji. Wskutek tego, podług stanu współczesnej wiedzy, agomensinę i sistomensinę uznać należy za pełnowartościowe przetwory organoterapeutyczne.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 10. X. 1928 wspólnie z Towarzystwem Internistów ku uczczeniu J. Dietla.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Latkowski. Obecnych 70.

Prezes Prof. Latkowski zagaja posiedzenie, podnosząc w dłuższem przemówieniu zasługi Dietla, oraz kreśli życiorys tego wybitnego uczonego i wielkiego Polaka.

Kol. Szczeklik wygłasza odczyt p. t.: *„O poglądach Dietla na upust krwi w zapaleniu płuc"*, (druk. w Pol. Gaz. Lek. Nr. 45, 1928 r.).

Posiedzenie z dnia 17. X. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Latkowski. Obecnych 120.

Kol. Gutwiński *przedstawia 2 przypadki niedokrwistości złośliwej leczonej wątrobą.*

W dyskusji zabierają głos: kol. Szczeklik, który przytacza obserwacje poczynione w klinice wewnętrznej Prof. Latkowskiego nad urobilinogenurją u chorych leczonych wątrobą, podkreślając że urobilinogen w moczu znika wpierw nim przychodzi do wzrostu ciałek czerwonych we krwi, jakoteż, że u chorych tych przed

poprawą obrazu krwi zauważa się poprawę stanu podmiotowego i ogólnego. Spostrzeżenia te mogłyby wskazywać, że chodzi tu o działanie antihemolityczne wątroby. Następnie kol. Szczeklik cytuje zapatrywania autorów amerykańskich na istotę leczenia wątrobowego w anaemia perniciosa wygłoszone w lipcu r. b. na kongresie w Minneapolis:

Ścisła dieta Minota i Murphyego nie jest konieczną, gdyż wystarcza dieta zwykła i wątroba. Również podawanie kwasu solnego nie jest potrzebne. Należy być ostrożnym, by przy obecnej modzie powszechnego stosowania diety wątrobowej w każdym przypadku niedokrwistości nie przeoczyć i wczesnych okresów raka, z powodu którego rozwija się niedokrwistość. Należy mieć na uwadze ewentualne zmiany nerkowe, które mogą wystąpić po podawanej przez parę lat diecie wątrobowej. Wyciągi wątrobowe według Cohna nie wykazują skuteczności w anemjach wtórnych u psów skrwawionych, natomiast dodanie małej ilości całkowitej wątroby do pożywienia wzmaga skuteczność działania wyciągu. Wtórna niedokrwistość wywołana u szczurów przez jednostronną dietę mleczną reaguje tak samo dobrze na wyciąg wątroby jak na całkowitą wątrobę. Zapatrywania przeważnej części autorów amerykańskich idą w tym kierunku, że niedokrwistość złośliwa jest pewnego rodzaju „awitaminozą", a podawanie wątroby działa podobnie jak dostarczanie czynnika dodatkowego (witaminy).

Prof. L a t k o w s k i wyraża zapatrywanie, że wątroba może działać na anemję przez dostarczanie ciał potrzebnych do budowy ciałek czerwonych, albo może wpływać na funkcję szpiku kostnego. Może też działać na funkcję jelit i przybłonka w ścianie jelit przywracając im zdolność obrony przed działaniem trucizn. Może też działać wzmacniając oporność ciałek czerwonych względem trucizn na nie działających. Wątroba może działać na przemianę lipoidów i może dostarczać ciał które służą do wzmocnienia otoczki lipoidowej. Wedle doświadczeń bowiem z truciznami hemolitycznie działającemi na ciałka czerwone, może przyjść do wzmożenia rezystencji ciałek czerwonych a to przez wzmocnienie otoczki lipoidalnej ciałek czerwonych tak zwanej pachydermji erytrocytów. Lipoidy odgrywają dużą rolę w gospodarstwie ustroju, a zaburzenia w gospodarce lipoidów ułatwiają działanie trucizn wytwarzanych w jelitach, co może być jedną z przyczyn wywołujących anemję. Te trucizny powstają albo tylko u ludzi chorych na anemję, albo też istnieją w warunkach prawidłowych, lecz zostają zobojętniane zwykle później przez krew a działają tylko wówczas, gdy ciałka czerwone są uszkodzone i okazują mniejszą rezystencję względem tych jadów. Także nasuwają się przypuszczenia tłumaczenia chwilowe, ale pomimo licznych badań do dziś dnia działanie wątroby nie jest jeszcze wytłumaczone.

Prof. K l e c k i przemawia w sprawie patogenezy anaemia perniciosa i zastanawia się nad kwestją flory bakteryjnej jelit, która w niedokrewności złośliwej ulega zmianie i ascenzji ku górze. Wyraża przypuszczenie, że wątroba podawana per os działa prawdopodobnie na tę florę i jej produkty toksyny, które może unieszkodliwiać; przeprowadzenie odpowiednich badań uważa za wskazane.

Kol. S z c z e k l i k zaznacza, że według badań autorów niemieckich wątroba wpływa na florę bakteryjną jelit, która po dłuższem leczeniu ulega descenzji ku dolnym odcinkom jelit.

O d c z y t Prof. W a c h h o l z a p. t.: *„O dochodzeniu dziewictwa"*. Druk. w Pol. Gaz. Lek., Nr. 49, 1928).

P o s i e d z e n i e z dnia 24. X. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. L a t k o w s k i. Obecnych 60.

Prezes żegna ustępującego gospodarza prof. Seńkowskiego, który opuszcza Kraków udając się do Wilna na katedrę chemji lekarskiej. Prof. S e ń k o w s k i w odpowiedzi dziękuje za słowa pożegnania i uznania i w krótkich słowach reasumuje swą działalność w Towarzystwie Lekarskiem przez okres 25-letniego gospodarzenia w Tow. Lekarskiem.

Prezes Prof. L a t k o w s k i przedstawia uchwałę Wydziału Tow. Lek.: Wydział postanowił zamianować członkami honorowymi Prof.: K l e c k i e g o i Prof. M a r c h l e w s k i e g o. Głosowanie według statutu odbędzie się na następnem posiedzeniu. Wybrano nowych członków kol. M a c z e w s k i e g o Maksymiljana i kol. S k o w r o ń s k i e g o.

D e m o n s t r a c j e: Kol. R u b i n s t e i n przedstawia: 1) przypadek ze zmianami skórnemi natury gonorrhoicznej na stopach w toku septikaemji gonorrhoicznej;

2) Przypadek *Encephalitis toxica, po thalium aceticum.*

Dyskusja: Kol. prym. D y b o w s k i podkreśla niezmierną rzadkość przypadku pierwszego. Cytuje dane z piśmiennictwa, tyczące się leczenia thalium aceticum. Na cyfrę 50 przypadków leczonych thalium aceticum były przypadki nephritis haemorrhagica i inne komplikacje. Oświadcza, że thalium aceticum nadaje się tylko do leczenia szpitalnego a nie ambulatoryjnego.

Kol. L e u c h t e r zwraca uwagę, że nie należy dopuścić do takiego stanu jaki przedstawia przypadek pierwszy, lecz należy wcześnie leczyć. Radzi w tych przypadkach proteinoterapję. Stosuje thalium aceticum ambulatoryjnie; cytuje z piśmiennictwa przypadki kretynizmu po thalium aceticum. Ritter wykreśla Thalium acetic. ze środków leczniczych. Kol. Leuchter nie stoi na stanowisku tak ostrem; przeprowadza porównanie leczenia thalium aceticum z leczeniem salwarsanem.

Kol. Doc. Z i e l i ń s k i przemawia w sprawie zespołu neurologicznego w przyp. 2; zespół jest pochodzenia intoksykacyjnego tak jak po zatruciu CO (zmiany w jądrach podkorowych).

Kol. B o c z a r oświadcza się przeciw ambulatoryjnemu stosowaniu Thalium aceticum.

Kol. Ś l ą c z k a zabiera głos w sprawie przypadku 2-giego, i uważa, że tu mamy do czynienia ze sprawą intoksykacyjną, co jednak nie jest jeszcze pewną rzeczą. Następnie omawia stronę neurologiczną tego przypadku.

Kol. B r z e z i c k i przemawia w sprawie syndromu choreatycznego w drugim przypadku, omawia czynniki, które wywołują parkinsonizm. W Ameryce używano thalium aceticum, by wywołać syndrom choreatyczny. Thalium aceticum w tym przypadku mogło wywołać intoksykację albo encephalitis acuta.

Prof. L a t k o w s k i zwraca uwagę, że działania proteinoterapji nie można tłumaczyć jedynie gorączką.

Kol. R u b i n s t e i n w odpowiedzi.

D e m o n s t r a c j a z oddziału prym. Dybowskiego przez kol. J a r a n o w s k ą: *„Epidermolysis bullosa"*.

W dyskusji prym. D y b o w s k i mówi o uszkodzeniach skóry promieniami Roentgena.

D e m o n s t r a c j a kol. M r o z a: przedstawia przypadek nabłoniaka kosmkowego ektopicznego t. j. znajdującego się poza miejscem jaja płodowego, który dał przerzuty do płuc.

Kol. C h ł o p i c k i 2 przypadki psychozy po encephalitis.

Kol. B r z e z i c k i przedstawia kobietę lat 40, która miewa 2—3 godziny trwające stany zmienionej świadomości, po których występuje mniej lub więcej wybitna amnezja.

Stany te można podzielić na trzy rodzaje, które zwykle w ten sam sposób się powtarzają. Stany te miewa chora od dzieciństwa.

I. rodzaj — to stany lęków, w których chora chowa się po ciemnych kątach kurnika, a nawet wkłada głowę do palącego się pieca, chcąc się do niego schować. W tych stanach drze wszystko na sobie i koło siebie — drze i pali nawet własne pieniądze. Amnezja po tych stanach jest zupełna;

II. rodzaj — takich ataków charakteryzuje się tem, że chora stara się wydrapać na najwyższe miejsca — a więc wieże, dachy i właśnie z tego powodu została przesłaną do kliniki. Chodzi wtedy na samej krawędzi dachu lub na jego szczycie ku przerażeniu wszystkich. W tych stanach można z chorą nawiązać kontakt, stany te jednak pamięta jak przez mgłę;

III. rodzaj tych ataków — to nagłe występowanie zwidywań w postaci zawsze jednego i tego samego ducha, z którym rozmawia, skarży się na swój los, czuje jego dotknięcia. Kontakt wtedy z chorą jest zupełny, stany te chora pamięta niezwykle dokładnie.

Ponieważ u chorej charakter jest typowo epileptyczny kol. Brzezicki, uważa ten przypadek za psychiczną epilepsję. Z anamnezy i charakteru chorej wynika, że przypadek ten trudno jest uważać za histerję. Chora ta jest ciekawa z powodu objawów somnambulicznych i widzenia duchów, co może mogłoby zainteresować Towarzystwo Metapsychiczne.

Przypadki epilepsji psychicznej są rzadkie.

Po opisaniu kilku przypadków z piśmiennictwa i przedstawieniu statystyki epilepsji psychicznej — następuje dyskusja.

W dyskusji Doc. Z i e l i ń s k i: — przypadki epilepsji psychicznej czystej są rzadkie, częstsze są te, gdzie obok zespołów drgawkowych występują równoważniki psychiczne. Amnezja nie jest stałą cechą stanów epileptycznych.

Kol. B r z e z i c k i w odpowiedzi zaznacza, że przedstawiana chora w stanach lękowych ma amnezję, w innych stanach amnezja nie jest kompletna.

Kol. S c h w a r z b a r t przedstawia przypadek ropotoku z lewego ucha z bólami i zawrotami głowy w ostatnich czasach, i przedstawia przebieg operacji u tego chorego.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 21 listopada 1928 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia: 1. 57-letnią chorą z *limfosarkomatem* lewej jamy nadobojczykowej. Cierpienie trwa już trzy lata. W styczniu roku bieżącego widziana po raz pierwszy: wystający guz w lewej jamie nadobojczykowej, wielkości brzoskwini i sięgający poniżej lewego obojczyka na 5 cm. Na szyi z lewej strony gruczoły twarde, rozmaitej wielkości. Bóle i drętwienie lewej, górnej kończyny. Poza tem nigdzie więcej niema gruczołów powiększonych. Śledziony nie wyczuwa się. Rentgenoskopja: lewy wierzchołek nieznacznie zaciemniony wskutek ucisku gruczołów. Prawy cień wnękowy policyklicznie ograniczony i przemawia za powiększeniem gruczołów wnękowych. Naświetlano w styczniu, kwietniu i czerwcu 1928 r. guz główny i gruczoły szyjowe raz w styczniu 1928 r. Już po 4 dniach znaczne zmniejszenie guza głównego, obecnie prawie się nie wyczuwa, gruczoły szyjne znikły ostatecznie po 2 tygodniach.

II. Kol. Grosglik przedstawia: 30-letnią kobietę z *Adnexitis bilateralis et peritonitis tuberculosa.* W chwili rozpoczęcia naświetlań była już chora 10 miesięcy. W lipcu 1927 r. zakwalifikowana do operacji, laparotomja wykazała duże guzy w jamie miednicy, wychodzące z przydatków i niedające się usunąć. Bóle duże brzucha i krzyża, zwłaszcza z prawej strony. (Bóle przy oddawaniu moczu). Dreszcze, gorączka, naświetlano 4 razy od 5. 3. 1928 do 26. 9. 1928 dawkami nader drobnemi. Guzy stopniowo się zmniejszyły. Obecnie wyczuwa się tylko sznurki, świadczące o zabliźnieniu sprawy. Bóle brzucha czasami słabe również i krzyża.

Od 13. II. 1928 r. Amenorhoe. 6. II. 1928 r. po 9-cio miesięcznej przerwie pierwszy raz perjod, trzy dni trwający, średniej obfitości.

III. Kol. Kryszek wygłosił odczyt p. t.: *Istota i leczenie dusznicy bolesnej.* Omawia postać dusznicy sercowej zwaną ambulatoryjną. Postać tę wyodrębnia i odgranicza od innych postaci chorobowych ogólnie znanego schorzenia „dusznicy sercowej", dla których rezerwowane są nazwy „stenokardja", „status anginosus", „sclerosis art. coronarium". Podkreśla dla konieczności wzajemnego zrozumienia się potrzebę używania dla określonej postaci chorobowej jednego terminu. Omawia pochodzenie i wady terminu „angina pectoris" i polskiej „dusznicy bolesnej".

Wracając do dusznicy ambulatoryjnej, podkreśla jego cechę kardynalną schorzenia — ból. Omawia rodzaje bólu i wartość wywiadu. Ból nie jest nigdy kłujący. Bólowi towarzyszy lęk, spotykany jednak i u neuropatów. Umiejscowienie bólu jest typowo segmentarne. Ból odczuwany zostaje nad rękojeścią mostka, w lewym barku, w 1 ręce, z tyłu w plecach. Tę lokalizację bólu tłómaczy unerwieniem serca, które szczegółowo omawia. Dzięki przeczuleniu nerwu błędnego występować może bolesność mięśni.

Dusznica bolesna ambulatoryjna ma i swoje punkty uciskowe Schmidta i Liebmana.

Występowanie bólu zależne jest od 4 zasadniczych momentów: ruchu, pobierania pokarmów, zimna i wpływów psychicznych. W związku z wpływem psychiki omawia obszerniej teorję refleksyjną Wassermanna i występowanie anginy pectoris głównie u pracowników umysłowych. (Spostrzeżenia na własnym materjale fabrycznym — 3 tysiące robotników fizycznych) i w wieku przejściowym, bynajmniej nie starczym.

Cechą kardynalną cierpienia jest brak duszności co przemawia raczej za wydatnym mięśniem sercowym. Nie występuje a. p. w przypadkach wad zastawkowych dwudzielnych, ani w wyrównanych, ani w niewyrównanych.

W a. p. działanie lecznicze posiadają nitryty przez rozszerzenie łożyska naczyń obwodowych, dzięki czemu usuwany zostaje zastój tętniczy w tętnicy głównej.

W odróżnieniu od postaci ambulatoryjnej postać ostra a. p. przebiega ciężko. Ból zlokalizowany raczej w dolnej części mostka, występuje często w nocy, nitrogliceryna nie działa, trwa godzinę, lub dwie. Po napadzie pozostają objawy uszkodzenia mięśnia sercowego, może powstać obraz epistenopericarditis. Podstawa schorzenia — zmiany anatomiczne.

Natomiast w anginie pectoris ambulatoryjnej spotęgowanie objawów fizjologicznych, występujących na początku pracy — uczucie opresji w fazie „początkowego zahamowania", wzmożenie szybkości tętna, zwiększenie ilości krwi wypychanej przy skurczu z lewej komory, wzmożenie parcia krwi. Powoduje to w schorzałej aorcie, w odcinku suprawalwularnym wzmożenie ciśnienia, zastój tętniczy, co prowadzi do bólu, dzięki drażnieniu przez rozszerzona ścianę aorty zakończeń czuciowych n. depressor cordis. Śmierć w napadzie powstaje na skutek błędnego koła, ból wzmaga z kolei ciśnienie, działa psychicznie, co znowu ból potęguje. Błędne koło może być przerwane bądź przez zmniejszenie oporów obwodowych (nitrogliceryna), bądź przez osłabienie czynności lewej komory z wszystkiemi jej klinicznemi następstwami.

Z patogenezy wynika i leczenie — nitryty i zniesienie bólu przez chirurgiczne zabiegi nad n. depressor. W końcu omawia kol. Kryszek przebieg anginy pectoris u lekarzy.

W dyskusji, która wyłania się po odczycie zabierają głos kol. Wajnberg, Jelenkiewicz, Grynberg, Tenenbaum, Dawidowicz, Sterling, Frenkiel, Liniecki i Uryson.

Kol. Wajnberg zwraca uwagę na jednostronne ujęcie tematu, gdyż należy podług Wagnera odróżnić „angine d'effort" od „angine de decubitus". Co do lokalizacji bólów w okolicy rękojeści mostka, to wprawdzie są one typowe, jednakże występują również w karku, w l. ręce i małym palcu. Co do leczenia, to oprócz nitrytów należy stosować diuretinę i jod, podczas samego napadu pantopon ewent. morfinę w małych dawkach ($^1/_4$ — $^1/_2$ cm). Dieta powinna być jarska, częste małe porcje.

Kol. Jelenkiewicz podkreśla znikanie bólów po występowaniu objawów niedomogi mięśnia sercowego, śmierć następuje z powodu migotania komór, jako środki lecznicze — wspomina glukozę i parawertebralne injekcje.

Kol. Grynberg — pogląd Wenckebacha podzielał już Clifford-Albutt, śmierć może nastąpić z powodu porażenia n. błędnego.

Kol. Tenenbaum podkreśla trudności rozpoznania, istnienie przypadków bez bólów, za przyczynę uważa raczej nagłe osłabienie mięśnia sercowego lub niemożność szybkiego przystosowania się mięśnia sercowego do zapotrzebowania.

Kol. Dawidowicz przytacza obserwowany przypadek, w którym jako jedyny objaw wystąpiły silne bóle w przedramionach oraz duszność, przypadek zakończył się po godzinie śmiercią.

Kol. Sterling zapytuje, czy dusznicę bolesną należy pojmować jako schorzenie serca, czy też aorty; i jak należy sobie wytłómaczyć przypadki wyleczenia dusznicy bolesnej.

Kol. Frenkiel zapytuje jak tłómaczy się przypadki, w których bóle występują po prawej stronie i czy przyczyną a. p. mogą być zmiany rozwojowe naczyń wieńcowych.

Kol. Liniecki przytacza spostrzegane dwa przypadki a. p. w których nie wystąpiło wzmożone ciśnienie; podkreśla obronne znaczenie bólu i ryzyko jego usuwania.

Kol. Uryson nawiązując do potrzeby przezwyciężania zastoju tętniczego przez l. komorę, pyta o wskazanie podania strofantyny śródżylnie; wspomina o bólach zlokalizowanych w jamie brzusznej przy angina abdominalis.

W replice Kol. Kryszek odpowiada poszczególnym mówcom. Podkreśla raz jeszcze, że większość zarzutów (o jednostronnem ujęciu sposobu leczenia) wynika z niedostatecznie ścisłego odgraniczenia omawianej postaci angina pectoris ambulatoria. Postać „angine d'effort" nie utrzymała się. Lokalizacja w lewej ręce, w małym palcu i w karku wynika z omówionego segmentarnego unerwienia. Diuretyna i jod znajdują zastosowanie w przypadkach miażdżycy tętnicy głównej i naczyń wieńcowych. Zresztą Schmidt, stosując diuretynę przy aortalgji, przypisuje znaczenie znieczulającemu salicylowi.

Znikanie bólów po wystąpieniu objawów niedomogi mięśnia sercowego, istotnie spostrzegane, przemawia właśnie przeciw temu, by istotę angina pectoris stanowiło wyczerpanie mięśnia sercowego. Przypadki bez bólu tłómaczy się zmianami w pr. naczyniu wieńcowem. Przypadki, w których bóle występują i po stronie prawej należą do ciężkich prognostycznie. Nie wolno przeceniać obronnej wartości bólu (podobnie, jak i wysokiego kompensacyjnego parcia), skoro ból ten może spowodować śmierć. Stosowanie strofantyny może spowodować śmierć, gdyż mięsień sercowy już sam pracuje całą siłą zapasową. O ile badania anatomo-patologiczne potwierdzą istnienie a. p. ambulatoryjnej, to koniecznością będzie uzgodnienie właściwego mianownictwa.

Protokół z posiedzenia z dnia 5 grudnia 1928 r.

Kol. Justman wygłosił odczyt p. t.: *O zatruciu arszenikiem.* (Rzecz ukaże się w druku).

Protokół z posiedzenia z dnia 19 grudnia 1928 r.

I) Kol. Grosglig przedstawia: 40-letnią chorą z krwotokami klimakterycznemi. Krwotoki trwają od trzech lat. Dwa razy abrasio; ostatnio od 1 XI 1928 r.; krwotoki trwają. Badanie krwi: hemoglobiny 65%, krwinek czerwonych 3,500.000, płytki w nor-

mie, czas krwawienia 1½ minuty, objaw opaskowy ujemny. Skierowaną do kastracji chorą kol. Grosglig poddał naświetlaniu śledziony 1 XII 1928 r., 1/3 H. E. D., z następującym skutkiem: od chwili roentgenizacji krwawienia coraz słabsze, 2 XII 1928 r. ustąpiło, 3 XII kilka plamek; od 4 XII 1928 r. krwawienia nie ma. Wnioski z powyższego: że do naświetlania śledziony nadają się wszelkie przypadki krwotoków macicznych, nietylko te, które powstały na tle skazy krwotocznej; że śledziona w końcu prócz wielu innych funkcji ma jeszcze produkcję hormonalną, oraz, że hormony śledziony mogą oddziaływać hamująco na nadczynność jajników.

II) Kol. Margolis Ignacy przedstawia: T. Jerzy, l. 6. Od urodzenia oczopląs znacznego stopnia. Przed rokiem zgłosił się po raz pierwszy. Stwierdził krótkowzroczność. Rozległe zmiany degeneracyjne na siatkówce i naczyniówce obu oczu, tylne garbiaki. Po otrzymaniu szkieł częściowo korekcyjnych oczopląs się zmniejszył. Przed 3 tygodniami chory się zgłosił z powodu flikteny na spojówce oka prawego. Po zastosowaniu Ung. Hydr. pp. flavi 1%, po 2 dniach fliktena zupełnie znikła. Po 2 dniach matka zauważyła, że oko prawe nagle zapadło się wgłąb. Stwierdził zanik gałki o. p. — oko zupełnie miękkie, komora b. głęboka, źrenica nieruchoma, około 3 mm szerokości. Oko czyste zupełnie nie nastrzykane, niebolesne. Wzrok upośledzony (widzi palce na pół metra). Na żadne dolegliwości chłopiec się nie skarży. Idzie tu o sprawę rzadką t. zw. *Ophtalmomalatio spontanea (phtisis esential).*

III. Kol. Grosglik wygłosił referat *o wrażeniach z międzynarodowego kongresu radjologicznego w Sztokholmie.*

IV. Kol. Skalski wygłosił *sprawozdanie z 8 zjazdu antyalkoholowego w Lublinie.* Zjazd był b. liczny, obecni byli 4 prof. uniwersytetów: Przewodniczący Senatu Prof. Dr. Szymański, Prof. Władyczko, Gantkowski i Radziwiłłowicz, naczelny lekarz szpitala w Tworkach Dr. Łuniewski. Naogół na zjeździe było 26 lek. Udział duchowieństwa był b. liczny. Utworzono na zjeździe organizację lek. abstynentów.

V. Kol. Polak wygłosił odczyt pod tyt.: *„Choroby allergiczne".* *W dyskusji* nad odczytem zabierali głos kol.: Grynberg, Grosglik, Tenenbaum, Bender, Załęski, Weinberg i prelegent.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 16 czerwca 1928.

Przewodniczy prezes Tow. kol. Rożkowski.

1. Kol. Zahorski (z Sosnowca) wygłosił odczyt *„Nowoczesne leczenie astmy metodą prof. Coca".* Prelegent na wstępie mówi o usiłowaniach wyjaśnienia istoty astmy. Prace ostatnich lat rzuciły sporo światła na sposób działania czynników wywołujących tę chorobę. Jednym z wybitnych badaczy nad astmą jest prof. Coca z Nowego Yorku, który w listopadzie r. 1927 miał w Warszawie cykl wykładów o leczeniu astmy. Prof. Coca, zgodnie z poglądami współczesnemi, uważa napad astmy za napad anafilaktyczny; najczęstszą przyczyną są rozmaite białka pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego. Są jednostki uczulone nietylko na jedną ale i więcej substancyj. Substancje uczulające wywołują astmę na drodze inhalacyjnej lub pokarmowej. Prof. Coca w celach djagnostycznych bada zapomocą odczynów skórnych, na jaką substancję ustrój jest wrażliwy. W tym celu u dorosłych wykonywa szczepienia doskórnie, u małych dzieci szczepi naskórnie. Odczyn swoisty występuje po 10 minutach i daje zmianę na skórze w postaci bąbla białego średnicy około 2·5 cm, podobnego do ameby z wypustkami. Odczyn może występować nie tylko u chorych, lecz i u zdrowych osobników, poprzednio już uczulonych. Szczepiąc, należy unikać zastrzyknięć do naczyń krwionośnych, ponieważ natychmiast po zastrzyku może wystąpić odczyn ogólny, to też należy mieć pod ręką adrenalinę. Szczepienia można wykonywać zawsze z wyjątkiem chwili trawienia, napadu astmy lub wkrótce po zastosowaniu podskórnem adrenaliny, ponieważ odczyn może wypaść wtedy niewyraźnie. Szczepienia rozpoznawcze określają, na co dany ustrój jest uczulony i wtedy zaleca się swoiste odczulanie zapomocą odpowiednich wyciągów, które są wykonywane fabrycznie a następnie wypróbowane w szpitalach na osobnikach wrażliwych i mianowane. W razie potrzeby unika się obcowania np. z psem, kotem, eliminuje pewne produkty spożywcze: grykę, ryż, zamienia się pierze na trawę morską i t. p., czasem należy nawet zmienić zawód. W przypadkach, gdy nie zostanie stwierdzone uczulenie na żadną próbę, zaleca się leczenie nieswoiste, stosowanie szczepionki wieloważkiej przeciw astmie, wyrabianej przez Państwowy Zakład Higjeny. Leczeniem osiąga się tolerancję, a nie zupełne odczulenie. Leczenie prowadzić należy do czasu, aż skóra nie da odczynu na dawkę, stosowaną do rozpoznania. W Ameryce są specjalnie wykwalifikowane pielęgniarki, które odwiedzają chorych astmatyków w celu wykrycia i usunięcia szkodliwych czynników. Odczulać można każdego. Jeżeli chorzy miewają napady codziennie, należy je przerwać adrenaliną i rozpocząć odczulanie.

W zakończeniu prelegent omówił leczenie swoiste gorączki siennej, sposób odczulania na kurz i leczenie szczepionką wieloważną, powiadamiając, iż Państwowy Zakład Higjeny będzie wyrabiał wyciągi z kurzu pokojowego i z innych substancyj. Podobnie jak w Ameryce, gdzie istnieją przychodnie przeciwastmatyczne, w Warszawie będą zorganizowane 3 punkty, gdzie będą wykonywane szczepienia rozpoznawcze i lecznicze.

W dyskusji przemawiali kol.: Koniecpolski, Pasierbiński, Rożkowski, Szaniawski i prelegent.

Zdaniem kol. Koniecpolskiego teorja powstawania chorób z nadwrażliwości prof. Coca jest jednostronną: pominięte są czynniki hormonalne i konstytucyjne — w danym razie wchodzi w grę konstytucja hemopatyczna. Przypomina stosowania do wewnątrz ephetoniny.

Kol. Pasierbiński zapytywał, jak należy rozumieć działanie wywołujące napad dychawicy kurzu pokojowego, który ma w każdym przypadku skład zmienny.

Prezes Rożkowski przemawia obszernie zarówno ze stanowiska teorji, jak i praktyki. Ostatnio powstawanie napadów dychawicy oskrzelowej jest traktowane jako sprawa anafilaktyczna: astma powstaje pod wpływem allergenów u osobników uczulonych Lista allergenów, podana przez prelegenta, nie jest wyczerpująca (brak niektórych środków pokarmowych, brak grzybków pleśni, brak wzmianki o allergenach klimatycznych). Praktycznie nie można próby allergenowej uważać za pewną; można mieć odczyn skórny dodatni i nie mieć astmy, i odwrotnie. Odczulanie jest metodą niepewną i trudną. Praktycznie nowe badania nie rozwiązują trudności leczenia dychawicy. Nowość w leczeniu dychawicy oskrzelowej stanowi leczenie t. zw. kameralne, wprowadzone w Holandji przez prof. Storm van Leeuwen'a; wymagano urządzeń specjalnych i specjalizacji lekarskiej. Poza tem stosuje się neurovaccinę, enterovaccinę Danysza, t. zw. skeptophylaksję zapomocą peptonu (dawka 0,50, wyniki dobre w migrenie i pokrzywce, w astmie — nie), wreszcie tuberkulino-terapję w bardzo małych dawkach i naświetlań Roentgenem.

Kol. Szaniawski podaje, że i w krztuścu daje dobre wyniki leczenie kameralne, a więc mógłby być on ex juvantibus zaliczony do chorób allergicznych.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że nie miał zamiaru wyliczać wszystkich allergenów, podał najczęściej spotykane. Leczenie kameralne jest dla nas mało dostępne. Z innych środków, stosowanych do zwalczania astmy, pożytecznemi są: tlen, Roentgen, pneumogéine, działanie adrenaliny trwa krótko.

2. Kol. Rozen odczytał pracę *„O leczeniu żylaków sposobem prof. Sicard'a".*

Sicard dąży do tego, żeby wywołać obliterację rozszerzonych żył za pomocą zapalenia błony wewnętrznej (intima), wywołanego środkami chemicznemi. Najlepiej do tego celu nadaje się salicylan sodu w rozczynach 20%, 30% i 40%. Najmniejsza dawka 2 cm^3 20%, największa — 6 cm^3 40%. Leczenie to jest wybitnie ambulatoryjne, nie przeszkadza choremu w jego pracy zawodowej. Żadnych przykrych następstw lub powikłań nie stwierdzono.

Co się tyczy etiologji żylaków, wielką rolę odgrywają gruczoły o wydzielaniu wewnetrznem, które produkują pewne hormony, utrzymujące stale ściany naczyń w napięciu. Brak tych hormonów albo nieprawidłowy ich skład jest powodem braku napięcia (tonusu) w ścianach naczyń i ich rozszerzenia. Z tych gruczołów największą rolę odgrywa przysadka mózgowa i gruczoły płciowe, stąd powstawanie żylaków podczas ciąży, dojrzewania płciowego podczas menopauzy.

Salicylan sodu wywołuje zapalenie intimae żylnej (t. zw. venitis), różniące się zasadniczo od zapalenia wywołanego przez drobnoustroje, czyli phlebitu. Zapalenie chemiczne — venitis — jest ściśle ograniczone, Czop, thrombus, powstający na miejscu zastrzyknięcia, ściśle przylega do ściany naczynia tak, że niema obawy, aby się oderwał i dostał do obiegu krwi, jako zator. Ten czop szybko się organizuje, przerasta tkanką łączną, tkanka zbliznowaciała ulega wessaniu — następuje zupełny zanik żyły.

Przeciwwskazania. Nie należy stosować tej metody u ludzi w wieku podeszłym (po 60 latach), u cierpiących na miażdżyce, choroby sercowe i nerkowe. Należy być ostrożnym, skoro w mo-

czu jest białko albo cukier. Nie należy stosować tej metody u ciężarnych, można rozpocząć leczenie najwcześniej w 3 miesiące po rozwiązaniu. Ważne przeciwwskazanie stanowi chromanie przestankowe i przebyte zapalenie żył głębokich. Do wewnątrz podajemy choremu przetwory z gruczołów płciowych (jajników, jąder), z przysadki mózgowej oraz jod w postaci nalewki od 5 do 40 kropel. Jod stanowi środek, pobudzający gruczoły do wytwarzania hormonów.

W zakończeniu omówił prelegent technikę zastrzyków i skutki stosowania metody Sicard'a. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Wrześniowski uzupełnił poglądy co do powstawania żylaków teorją wady wrodzonej — brak wrodzony tkanki elastycznej w ścianach żył, a stąd żylaki w wielu miejscach równocześnie. Phlebitis niekiedy bywa również ograniczona i prowadzi do samo-wyleczenia. Metoda Sicard'a, zdaniem kol. Wrześniowskiego, nie jest ani bezpieczna(znane są przypadki nagłej śmierci z powodu zatoru), ani pewną w skutkach, ponieważ często zawodzi. Kol. Łokczewski podaje z piśmiennictwa przypadek śmierci po zastrzyku dożylnym natri salicylic.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że nie miał zamiaru wyczerpać patogenezy sprawy; teorja wady wrodzonej — nie jest pewna. Co do wyników leczenia, powołuje się na powagę Sicard'a, który otrzymuje dobre wyniki.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Pierwszy Zjazd Dermatologów Słowiańskich. W sprawie zgłoszeń odczytów na Zjazd, który ma się odbyć 28, 29 i 30 czerwca b. r. w Warszawie, otrzymali P. P. Koledzy pismo Komitetu organizacyjnego, z wezwaniem przesłania zgłoszenia najpóźniej do dnia 1 czerwca 1929 r., do Przewodniczącego wewnętrznej Sekcji Naukowej, kol. R. Bernhadta (Bracka 18). Pozwalamy sobie dodać, że wraz ze zgłoszeniem, należy przesłać skrót przemówienia w języku polskim i jednym z języków obcych (angielskim, francuskim, niemieckim). Komitet postanowił bowiem drukować przed Zjazdem biuletyn prac w języku słowiańskim autora i jednym ze wspomnianych obcych.

Jeżeliby zatem któryś z P. Kolegów nie miał możności przesłania tłumaczenia w języku obcym — upraszamy o wcześniejsze przysłanie skrótu, abyśmy mogli dokonać tłumaczenia przed 1 czerwca. *Komitet organizacyjny Zjazdu.*

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz został wybrany w ostatnim czasie członkiem Towarzystwa *Dermatologicznego Czechosłowackiego* i Towarzystwa *Dermatologicznego Jugosłowiańskiego.*

Dnia 22 stycznia r. b. z okazji inauguracji nowego lokalu i 100-ego posiedzenia Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, obecny prezes kol. Bregman przedstawił cele i działalność Zrzeszenia, zaś były prezes, kol. Róbin zobrazował historję powstania i rozwoju Zrzeszenia. Po tych przemówieniach kol. Z. Bychowski wygłosił bardzo interesujący odczyt z życia i działalności prof. Uniwersytetu Warszawskiego Ludwika Hirszfelda. Odczyt ten wkórtce ukaże się na łamach „Warsz. Czasop. Lekarskiego".

W poniedziałek dnia 25 lutego 1929 r. o godz. 8 m. 20 wieczorem w lokalu Klubu Lekarzy Polskich (Miodowa 14) odbyło się zebranie odczytowe, na którem zostały wygłoszone sprawozdania ze zjazdów:

1) Sierakowski S.: sprawozdanie ze zjazdu serologów w Kopenhadze,

2) Słonimski P.: wrażenia ze zjazdu anatomów i histologów w Leningradzie,

3) Sterling-Okuniewski St.: sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie.

W dniu 13 grudnia 1928 r. w sądzie pokoju przy ul. Zielnej 27 odbyła się rozprawa w sprawie używania tytułu doktora fil. w reklamach przez Oskara Wojnowskiego. Wojnowski zaapelował do Sądu Okręgowego, jednakże wkrótce rekurs wycofał, wobec czego wyrok uprawomocnił się. Sprawa używania nielegalnego tytułu została wszczęta przez Departament Służby Zdrowia Min. S. Wewnętrznych.

Kraków.

Referat Pośrednictwa Pracy Bratn. Pomocy Medyków U. J. w Krakowie, ul. Kopernika 36, I p. pragnąc wykorzystać zbliżające się ferje letnie, tak pod względem naukowo-praktycznym jak i materjalnym, uprasza P. P. Lekarzy, Instytucje sanitarne, Zakłady zdrojowe o zgłaszanie zajęć dla medyków lat wyższych i absolwentów.

Zarząd Izby Lekarskiej w Krakowie ukonstytuował się w następujący sposób: Naczelnik: Dr. Stefan Strzemieński, Kraków. — Zastępcy: Dr. Władysław Wrześniowski, Częstochowa, Dr. Marcin Zieliński, Kraków. — Pisarz: Dr. Maurycy Haber, Kraków. — Skarbnik: Dr. Józef Nüssenfeld, Kraków. — Członkowie Zarządu: Dr. Grzegorz Grzybowski, Kraków. Dr. Jan Stopczański, Kraków. Dr. Kazimierz Suchodolski, Sosnowiec. Dr. Wacław Zakrzewski, Kraków.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VI Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 1 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. J. Gellert i L. Glücker: Morbus Pageti (pokaz). — 2) Kol. S. Tennenbaum: Gorset ortopedyczny do bocznych skrzywień kręgosłupa (pokaz). — 3) Kol. Prym. St. Ostrowski: Proste sposoby zapobiegania nietolerancji na arsenobenzol (komunikat). — 4) Kol. Prof. W. Koskowski: Trawienny stan krwi (komunikat). — 5) Kol. J. Aleksiewicz: O leczeniu złamań kości ramieniowej przy pomocy szyny Slajmer-Liebleine (wykład) — W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Meisels, St. Ostrowski, Elmer, Barącz, Marischler, Goldschlag, Gruca, Mierzecki J. Selzer.

Konkurs Polskiego Towarzystwa Higjenicznego na dwie dalsze broszury Bibljoteczki Higjenicznej Powszechnej, przeznaczonej dla sfer włościańskich i robotniczych, na temat: „Ciąża, poród i połóg" oraz „Czystość ciała, kąpiele". Każda z broszur ma obejmować jeden do półtora arkusza druku.

Dyspozycja do tematu pierwszego: Objawy ciąży, trwanie jej, także wzmianka o przerywaniu ciąży czyli t. zw. spędzaniu płodu, higjena ciąży, między innemi także znaczenie badania wewnętrznego, nieprawidłowości ciąży, szczególnie te, w których należy zasięgnąć porady lekarskiej. II. Przygotowania do porodu: oznaki zbliżającego się porodu, przebieg prawidłowego porodu (także o badaniu wewnętrznem), t. zw. poród uliczny, nieprawidłowości porodu, najogólniej te, w których potrzebna jest pomoc lekarska. III Trwanie połogu, higjena połogu, nieprawidłowości połogu. O karmieniu dziecka.

Dyspozycja do tematu drugiego: 1. Znaczenie powłok zewnętrznych ciała, zanieczyszczenia skóry brudem nieorganicznym, organicznym, pasorzytami zwierzęcemi, skóra i błony śluzowe zewnętrzne jako wrota zakażenia w chorobach zakaźnych, higjena skóry, na miejscu naczelnem czystość, (czystość błon śluzowych, otworów ciała, zmywanie ciała. II. Kąpiele i ich znaczenie higjeniczne, urządzenia kąpielowe w domu, (zwyczajne, improwizowane), urządzenia kąpielowe do użytku publicznego, wzór urządzenia kąpielowego na wsi (o ile możności także w obrazku), zakłady kąpielowe gmin wyznaniowych żydowskich, kąpiele rzeczne i stawowe. Dodatek: kąpiele powietrzne i słoneczne.

Za jedną broszurę na każdy z podanych tematów, którą Sąd konkursowy Towarzystwa Hig. (Sekcja Higjeny Ludu) uzna za najbardziej odpowiadającą celowi, będzie wypłacona nagroda w kwocie 200 zł. Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Tow. Higjenicznego we Lwowie. Prace, zaopatrzone godłem (bez wymienienia nazwiska autora) należy nadsyłać najpóźniej do 15 kwietnia b. r. pod adresem: Dr. Adolf Kuhn, Lwów, ul. Łyczakowska l. 46, w osobnej kopercie, zaopatrzonej temsamem godłem i zaklejonej, należy umieścić kartę z imieniem, nazwiskiem oraz dokładnym adresem zamieszkania autora.

Poznań.

Zebranie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 1 marca 1929 r. o godzinie 8,15 wieczorem w sali wykładowej Uniwersyteckiej Kliniki Dermatologicznej (Szpital Miejski III piętro) z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Dr. Łaguna: Znaczenie praktyczne grup krwi.

Ze świata.

Nagroda im. Dr. Zofji Nordhoff-Jung. Komisja upoważniona do przyznania nagrody im. Dr. Zofji Nordhoff-Jung za

najlepszą pracę ogłoszoną w ostatnich latach o badaniach nad rakiem, przyznała ją jednogłośnie Dr. Katsusaburo Yamagiwa, znanemu powszechnie profesorowi patologji w Tokio. Profesor Yamagiwa i jego współpracownicy stworzyli technikę prawie pewnego wywoływania na drodze doświadczalnej raka u zwierząt przez powlekanie skóry smołą i przez wstrzykiwania smoły w sutki. Liczne prace z zakresu raka doświadczalnego opierają się na tych podstawach stworzonych przez prof. Yamagiwa. Zasługi jego jednak są większe niż stworzenie podstaw dla tej techniki. Jego badania nad rozrostem komórek nowotworowych są imponujące, gdyż dostarczył on wybitne dane do poznania warunków sprzyjających wzrostowi tych komórek względnie hamujących ten rozwój.

Komisję składali profesorowie: Borst, Doederlein, v. Romberg i Sauerbruch.

W miejscowościach leczniczych obwodu Tatry urządza Związek Lekarzy na Spiżu (Sp. lek. Spiskich Lekarow) w czasie Zielonych Świąt od 19—26. V. 1929 r. międzynarodowy Kurs dokształcający pod nazwą „Lekarz Praktyk" obecnie ze współudziałem wydziału lekarskiego w Halle. Przewidziane są wykłady Profesorów: Abderhaldena, Brugscha, Clausena, Goebla, Nürnbergera, Völkera jako też innych. Kurs trwa pięć dni w Nowym i Starym Smokowcu, Tatrzańskiej Łomnicy, Tatrzańskiej Polance, w Matlarach, Strbskiem Pleso (Jeziorze) poczem następuje trzydniowa wycieczka. Wkrótce ukażą się dokładniejsze komunikaty. Zgłoszenia przyjmuje i informacyj udziela Dr. Alfons Kiss, Kezmarek — Słowacja.

XI Międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy w Karolowych warach ze szczególnem uwzględnieniem balneologji i balneoterapji odbędzie się w czasie od 15 do 21 września b. r. Uczestnicy tego kursu otrzymują 33% zniżki kosztów podróży na obszarze czechosłowackich kolei państwowych, jakoteż uwolnienie od kosztów wizy paszportowej. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz kursów Dr. Edgar Ganz w Karolowych warach.

Jubileusz Teodora Bilrota we Wiedniu. Jak już raz na tem miejscu wspomnieliśmy, grono byłych uczniów i wielbicieli pamięci Teodora Bilrota, tego twórcy dzisiejszej chirurgji, znakomitego lekarza i myśliciela obchodzi uroczyście stuletnią rocznicę urodzin Jego, przypadającą na dzień 26 kwietnia b. r. Uroczystości jubileuszowe odbędą się w dniach 9 i 10 kwietnia b. r. Na uroczystość tą mają się złożyć: uroczysta akademja, uroczyste zebranie pod pomnikiem Teodora Bilrota w Uniwersytecie, uroczysty koncert, uroczyste przedstawienie w teatrze i bankiety. Komitet jubileuszowy zaprasza wszystkich wielbicieli pamięci Teodora Bilrota do wzięcia udziału w tych uroczystościach. Szczegółowe programy uroczystości ogłoszonę będą w najbliższej przyszłości.

Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej. Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Sociéte Médical de climatologie et d'hygiene du Littoral Méditerranéen) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierownictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazywaniem im zabytków sztuk w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki: Marsylja, skąd nastąpi wyjazd do Algieru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I Stock, Tür 6.

Wycieczki naukowe lekarzy do zdrojowisk i uzdrowisk włoskich. Rządowy włoski urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie Turistiche „Enit") urządza w roku bieżącym szóstą podróż „Nud-Sud" dla lekarzy celem zaznajomienia ich z najważniejszemi zdrojowiskami i uzdrowiskami włoskiemi. Podróż ta odbędzie się w czasie od 10 do 26 września 1929 r. Zwiedzone mają być w tym czasie następujace miejscowości: Merano, Mendola, Carezza Al Lago, Bolzano, Gries, Rocegno, Levico, Vetriolo, Molveno, Bagni Di Comano, Riva Del Garda, Torbole, Arco, Gardone Riviera, Recoaro, Bagni Della Porretta, Montecatini Terme, Viareggio. Przewodnikiem podróży będzie Prof. Guido Ruata. W podróży tej mogą wziąć udział wyłącznie tylko lekarze w towarzystwie jednego tylko członka rodziny. Liczba uczestników jest ograniczona do 150 osób. Koszty podróży są obliczone na 1600 lirów od osoby. W tem mieszczą się wszystkie wydatki połączone z podróżą i utrzymaniem począwszy od miejsca zbiórki t. j. od Meranu aż do ukończenia wycieczki. Oprócz tego każdy z uczestników wycieczki otrzyma trzy kupony na jazdy kolejami państwowemi włoskiemi za połowę ceny. Wszelkich bliższych wyjaśnień w tym względzie należy żądać pod adresem: Ente Nazionale Industrie Turistiche, 6 Via Marghera, Roma.

Kompromitujące cyfry. Przy okazji rozpatrywania sprawy wywozu trzody chlewnej i mięsa z Polski za granicę, stwierdzono, że gdy Anglik zjada rocznie 60 kilo mięsa, 100 jaj i 300 kilo zbóż, to Polak tylko 18 kilo mięsa, 30 jaj i 200 kilo zbóż. Na mięso wydaje przeciętny obywatel polski 52 złote rocznie i jednocześnie 24 złote na wódkę i 16 złotych na tytoń, „artykuły" mniej konieczne i mniej pożyteczne niż mięso. Obserwacje bliższe stwierdzają, że mięsa najmniej jadają ci, którzy wydają dużo stosunkowo na ubranie, zabawę i wódkę. (A. B. C.).

Zmarli.

W Paryżu zmarł w dniu 14 stycznia b. r. Ferdynand Widal, profesor Uniwersytetu paryskiego, dyrektor kliniki chorób wewnętrznych Sorbony, członek Instytutu i Akademji lekarskiej, członek wielu towarzystw francuskich i zagranicznych, kawaler wielu orderów i odznaczeń i t. p.

Zanim zdołamy podać obszerniejsze wspomnienia o zasługach i doniosłości prac tego uczonego najwyższej miary, przypomnimy po krótce wyniki badań Jego, które uczyniły nazwisko Jego popularnem, a dla nauk lekarskich stały się jednemi z najdonioślejszych odkryć ostatnich czasów. Do tych wyników pracy Widala należy przedewszystkiem odczyn zlepny prątka durowego przez surowicę krwi dotkniętego durem osobnika, dalej Jego prace z zakresu gospodarki wodnej ustroju. Widal bowiem pierwszy wskazał na stosunek soli kuchennej do powstawania obrzęków. Również epokowe są badania Widala z zakresu zatrzymania mocznika przez ustrój o chorych nerkach, dalej zapoczątkowane przez Niego sposoby cytologicznego badania płynów wysiękowych i mózgo-rdzeniowych i t. p.

Wkrótce po śmierci Widala zmarł Jego następca profesor Sicard również w Paryżu.

We Wiedniu zmarł nagle dyrektor Kliniki pedjatrycznej i profesor pedjatrji Uniwersytetu Wiedeńskiego Pirquet. Zmarły stał się sławnym wskutek prac swoich nad odczynem zakażonego gruźlicą organizmu, tudzież również Jego imieniem osławiony sposób żywienia osesków systemem obliczania zapotrzebowania organizmu za pomocą t. zw. nemów, t. j. wartości odżywczej 1 cm^3 mleka.

Redakcja otrzymała.

St. Kopczyński: „Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce". Nakł. wł., Warszawa, 1929.

Wł. Sterling: „Dziecko histeryczne". Odb. z czas. „Szkoła specjalna", tom IV, nr. 3—4, 1927-28.

Wł. Sterling: „Dziecko psychopatyczne", Odb. z czas. „Szkoła specjalna", tm IV, nr. 3—4, 1927-28.

J. Kowaschik: „Diatermja" ze 124 rysunkami, str. 252, przełożył Dr. Edmund Zboromirski. Warszawa 1929. — Nakład Zakładów Elektromedycznych W. Makowskiego.

Prof. Dr. Karol Jonscher: „Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych". Warszawa 1928, str. 132. Nakład „Medycyny".

Dr. med. Czarnecki Edward: „Przyczynek do fizjologji nadnerczy". Nakł. własny. Wilno 1928.

Dr. med. Kazimierz Szokalski: „Wstęp do Diagnostyki i Semiotyki chorób wewnętrznych". Zeszyt 1-szy. Warszawa 1929. Nakład „Bibljoteki polskiej".

Dr. St. Klein: „Małopłytkowość (Thrombopenia)". Zeszyt XI, Medycyny w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa 1928.

Dr. St. Klein: „Niedokrwistość złośliwa (Anaemia perniciosa)". Zeszyt XII, Medycyny w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa 1928.

Dr. E. Sokołowski: „Psychoterapja", zarys popularno-naukowy. Wydawnictwo Międzynarodowego Instytutu nakładowego M. O. Groh w Katowicach.